Psychothérapies

Sous la direction de
Jean-Louis Monestès ■ **Céline Baeyens**

L'approche transdiagnostique en psychopathologie

Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques

DUNOD

Sous la direction de
Jean-Louis MONESTÈS
Céline BAEYENS

L'approche transdiagnostique en psychopathologie

Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques

DUNOD

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.
Le Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.
Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

© Dunod, 2016
5 rue Laromiguière, 75005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-075255-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).
Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Table des matières

Liste des auteurs IX

Introduction 1

Jean-Louis Monestès, Céline Baeyens

Première partie

Vers une approche fonctionnelle et processuelle

1. S'affranchir du DSM ou d'une vision essentialiste des problèmes psychologiques 11

Martial Van der Linden

La conception essentialiste des difficultés psychologiques : caractérisation et limites 13

Une illustration : l'approche essentialiste de la dépression 14

Une autre approche des difficultés psychologiques 21

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Conclusion : une conception plurielle, intégrative et individualisée de l'évaluation et de l'intervention psychologiques 25

2. Démêler l'écheveau des processus psychologiques en psychopathologie 33
Pierre Philippot

Définir le concept de processus 35

Les processus dans la conceptualisation de cas en psychopathologie 37

Situer les processus psychologiques dans un modèle psychopathologique général 39

Vers une nomenclature des processus psychologiques ? 42
Barlow : l'évitement expérientiel comme processus fondamental unique, 43 • La classification basée sur les fonctions cognitives, 46

Une classification croisée des processus psychologiques impliqués en psychopathologie 47
Les distinctions de domaines, 47 • Les distinctions entre processus inter et intrapersonnels, 52 • Les distinctions de spécificité, 53

Processus et fonction 55

Conclusion 55

3. Les processus du langage et de la cognition impliqués dans la psychopathologie 61
Matthieu Villatte

Une approche comportementale du langage et de la cognition 62

Le langage conduit à l'évitement expérientiel 65

Le langage peut conduire à la persistance de comportements inefficaces 69

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Le langage détériore ou désoriente la motivation 76

Conclusion 79

4. La flexibilité psychologique : un méta-processus responsable des difficultés psychologiques 85

Jean-Louis Monestès

Définir la flexibilité psychologique 86

Mesurer la flexibilité psychologique 91

Implications de l'inflexibilité psychologique dans différentes difficultés psychologiques 95

Conclusion 97

DEUXIÈME PARTIE

PROCESSUS INTRAPERSONNELS ET INTERPERSONNELS DANS UNE APPROCHE TRANSDIAGNOSTIQUE

5. D'une approche symptomatique à une approche transdiagnostique : le cas des pensées répétitives négatives 103

Céline Baeyens

D'une approche symptomatique à une approche processuelle 104

D'une approche processuelle à une approche transdiagnostique 111

Présence de ruminations dans différents troubles, 111 • La rumination comme facteur explicatif de la comorbidité entre les troubles, 112 • Le développement du concept de « Pensées Répétitives Négatives », 112

Vers des interventions processuelles et transdiagnostiques 114

Les thérapies métacognitives, 114 • L'entraînement à la concrétude et la thérapie cognitivo-comportementale centrées sur les ruminations, 115 • La thérapie basée sur la pleine conscience, 117 • Interventions centrées sur la

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

modification des biais cognitifs, *117* • *Interventions transdiagnostiques ?*, *118*

Conclusion et perspectives 119

6. Le perfectionniste, un patient idéal ? Vers une prise en charge transdiagnostique du perfectionnisme 125

Céline Douilliez, Julie Rivière, Marine Dupont

Le perfectionnisme : définition et évaluation 127

Perfectionnisme et psychopathologie 130

Trouble dépressif majeur, *130* • *Troubles des conduites alimentaires*, *131* • *Le trouble obsessionnel-compulsif*, *132* • *Le trouble d'anxiété sociale*, *133*

Vers une prise en compte du perfectionnisme dans la prise en charge des troubles spécifiques 134

Le modèle cognitivo-comportemental du perfectionnisme, *135* • *Les interventions ciblant le perfectionnisme*, *138*

Implications cliniques et perspectives 139

7. Biais attentionnels et psychopathologie : de la recherche fondamentale à la recherche-développement en technologies thérapeutiques 147

Alexandre Heeren

Aux origines de l'intérêt pour le biais attentionnel 150

Implication causale du biais attentionnel dans la vulnérabilité émotionnelle 151

Vers une utilisation thérapeutique de la modification du biais attentionnel 154

Vers un modèle de la modification du biais attentionnel 157

Perspectives et discussion 160

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

8. Approche processuelle de l'insatisfaction corporelle clinique : conceptualisation et intervention dans la peur d'une dysmorphie corporelle 167

François Nef

L'expérience corporelle et les troubles de l'expérience corporelle 168

Conceptualisation processuelle de l'insatisfaction corporelle clinique dans la PDC 170

Auto-centration et focalisation sur l'apparence, 170 • Évaluation du corps comme objet esthétique et traitement de l'information corporelle, 173 • Réactions affectives négatives, 177 • Copings dysfonctionnels, 177

Interventions centrées sur l'insatisfaction corporelle clinique dans la PDC et d'autres troubles de l'expérience corporelle 179

Hyper-conscience de son corps, 180 • Évaluation négative de son physique, 181 • Réactivité affective à l'apparence, 183 • Copings pour gérer l'apparence et sa conscience douloureuse, 184

Conclusions et perspectives 185

9. Vers une approche processuelle et transdiagnostique de l'empathie 191

Arnaud Carré

Les différents processus de l'empathie 195

La dimension affective du fonctionnement empathique, 196 • La dimension cognitive du fonctionnement empathique, 198

Situer l'empathie en psychopathologie et psychologie clinique 200

CONCLUSION 211

Jean-Louis Monestès, Céline Baeyens

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Liste des auteurs

Céline BAEYENS, université Grenoble Alpes – Laboratoire Interuniversitaire de Psychologie, Personnalité, Cognition, Changement Social (LIP/PC2S, EA 4145), France.

Arnaud CARRÉ, université Savoie Mont Blanc, Laboratoire Interuniversitaire de Psychologie, Personnalité, Cognition, Changement Sociale (LIP/PC2S, EA145), France – Membre associé INSERM, université Paris-Descartes et Paris-Sud, Unité Santé Mentale et Santé Publique (UMR 1178).

Céline DOUILLIEZ, université de Lille, Laboratoire de Psychologie : Interaction, Temps, Émotions, Cognition (PSITEC, EA 4072), France.

Marine DUPONT, Établissement Public de Santé Mentale Lille Métropole, Secteur 59G21, France.

Alexandre HEEREN, université de Harvard, Département de Psychologie, Cambridge, Massachusetts, États-Unis – Membre associé au Laboratoire de Psychopathologie Expérimentale, Institut de Recherche

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

en Sciences Psychologiques, université catholique de Louvain, Belgique.

Jean-Louis MONESTÈS, université Grenoble Alpes – Laboratoire Interuniversitaire de Psychologie, Personnalité, Cognition, Changement Social (LIP/PC2S, EA 4145), France – Directeur de l'équipe Processus Cognitifs et Psychologie Clinique.

Francois NEF, université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique – Consultations Psychologiques Spécialisées.

Pierre PHILIPPOT, université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Laboratoire de Psychopathologie Expérimentale, Belgique.

Julie RIVIÈRE, université de Lille, Laboratoire de Psychologie : Interaction, Temps, Émotions, Cognition (PSITEC, EA 4072), France.

Martial VAN DER LINDEN, Unité de Psychopathologie et Neuropsychologie Cognitive, université de Genève, Suisse ; Unité de Psychopathologie Cognitive, université de Liège, Belgique.

Matthieu VILLATTE, Evidence-Based Practice Institute, Seattle, États-Unis.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Introduction

Jean-Louis Monestès, Céline Baeyens

La question de l'organisation des troubles psychologiques est aussi ancienne que leur étude, qu'elle prenne la forme de la théorie des humeurs à l'antiquité, de la classification proposée par Philippe Pinel au XVIIIe siècle ou des actuels DSM et CIM. Face à un amas d'observations non structurées, les chercheurs ne peuvent repérer les régularités permettant de formuler des hypothèses, de les tester, pour enfin trouver une solution aux problèmes qu'ils essaient de résoudre. Organiser ce qu'on observe est une nécessité pour le comprendre. La science choisit donc souvent de démembrer les phénomènes complexes afin de mieux saisir les mécanismes qui les gouvernent. C'est l'étude attentive des différentes expressions d'un phénomène, ainsi que de ses conditions d'apparition, qui permet de saisir les voies qui mènent à la complexité. Répertorier, classer, ordonner, repérer les points communs et les différences, représente souvent les étapes initiales indispensables à la compréhension et à la résolution d'un problème. Les troubles psychologiques ne font pas exception en la matière.

Les classifications les plus récentes – le DSM et la CIM – ont fait le choix d'une description sémiologique la plus précise et la plus

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

exhaustive possible des troubles psychologiques, sans s'appuyer sur une hypothèse théorique forte pour organiser cette description. Ce travail a permis la délimitation d'un nombre croissant de catégories diagnostiques précisément décrites. Trop précisément peut-être. En effet, il n'est pas rare que des signes cliniques soient observés dans des entités nosographiques définies comme distinctes, rendant de ce fait la séparation de ces entités problématique. Comme si, après avoir satisfait à une ambition de description du vivant, on se retrouvait face à une catégorie « chat à taches blanches » et une autre « chat à tâches rousses », et qu'on rencontre trop souvent des chats à taches blanches et rousses. C'est du repérage de ces anomalies qu'est apparue la proposition d'une approche transdiagnostique, au début des années 2000 (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004). L'idée princeps a été de centrer la recherche sur les points communs entre différents troubles, plutôt que sur leurs différences.

Deux approches étaient alors possibles. Il pouvait s'agir simplement de corriger l'emballement descriptif en rassemblant des troubles présentant suffisamment de signes cliniques communs pour justifier qu'ils soient des expressions différentes d'entités nosographiques uniques. Avec une telle approche, à terme, le nombre de catégories devrait décroître, limitant ainsi les problèmes de sur-comorbidité fréquemment dénoncés. Dans notre analogie, une catégorie plus large rassemblant tous les chats serait créée, dont les individus auraient quatre pattes, des moustaches, etc. L'autre approche possible était de rechercher des ressemblances au niveau des processus responsables de l'expression, de l'origine ou du maintien des signes cliniques observés dans différents troubles. Comme si on décidait de classer le vivant en fonction d'un mode de reproduction (vivipare, ovipare, etc.) ou d'un mode de déplacement (rampe, saute, vole, etc.), quel que soit le nombre de pattes ou le fait que les individus observés possèdent ou non des moustaches. L'implication d'une telle approche – qualifiée alors de *processuelle* – est la nécessité

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

de s'appuyer sur un modèle théorique fort, capable de générer des prédictions quant au développement et au maintien des troubles, ainsi que des propositions pour leur résolution. Il ne s'agit plus en effet uniquement de décrire les signes observés, mais de faire des hypothèses sur la façon dont ils s'organisent, ainsi que sur leur dynamique. C'est cette dernière approche, l'approche processuelle, qui a reçu le plus d'attention dans une optique transdiagnostique en psychopathologie, et c'est celle qui prévaut dans cet ouvrage.

Bien qu'elle nécessite d'être plus largement diffusée – et cet ouvrage vise à y contribuer –, l'approche transdiagnostique processuelle est l'objet d'un nombre croissant de publications depuis une dizaine d'années. Une simple recherche dans les bases de données met en évidence une explosion du nombre de références s'y rapportant, passant de 3 entrées entre 2000 et 2005 à 56 entre 2005 et 2010, pour finir par 290 au cours des cinq dernières années[1]. La variété des publications mérite aussi d'être soulignée, puisqu'elle s'étend de recherches fondamentales sur les processus impliqués à l'évaluation de traitements dans différents troubles, en passant par des manuels de thérapeutes complets visant à présenter des protocoles thérapeutiques utilisables indépendamment de catégories diagnostiques (par exemple, Barlow *et al.*, 2010 ; Frank & Davidson, 2014).

Les processus étudiés n'ont pourtant pas nécessairement tous la même portée. Ils peuvent viser la compréhension de phénomènes présents dans au moins deux troubles ou, à l'autre extrême, sont envisagés comme impliqués dans tous les troubles décrits, conduisant alors à la formulation d'hypothèses étiologiques pour l'ensemble des phénomènes psychopathologiques. Ils impliquent cependant toujours des hypothèses quant aux causes du développement et du maintien de signes cliniques, puisqu'ils visent à en décrire le

1. Recherche sur Google Scholar pour des références contenant le terme « transdiagnostic » dans leur titre.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

fonctionnement plutôt que la structure. À ce titre, et bien qu'ils ne soient pas développés dans cette optique, leur formulation porte, en creux, une critique de l'existant, c'est-à-dire de l'approche catégorielle incarnée dans le DSM et la CIM.

C'est cette réflexion qui est menée dans le premier chapitre de cet ouvrage par Martial Van der Linden. Il y souligne les problèmes relatifs à la vision essentialiste des difficultés psychologiques portée par l'approche catégorielle, notamment l'absence de prise en compte des aspects dimensionnels, l'accent mis sur les explications neurobiologiques, et le peu de place accordée aux variables sociétales et relationnelles. Sa proposition est celle d'une approche dépassant les catégories diagnostiques, centrée sur la personne, intégrant différents types de processus psychologiques (cognitifs, affectifs, motivationnels, relationnels, identitaires), ainsi que les facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels impliqués dans les problèmes psychologiques.

Si des données fiables ont été rassemblées en nombre suffisant afin de formuler une proposition transdiagnostique processuelle viable, beaucoup de questions nécessitent encore d'être débattues. Le cadre même d'une approche transdiagnostique processuelle reste mal défini. Une définition précise de ce qu'on entend par « processus » n'est par exemple pas encore disponible. Par ailleurs, et de façon tout aussi surprenante, il n'existe pas encore de proposition d'organisation des processus psychologiques impliqués en psychopathologie. C'est à ces questions que répond Pierre Philippot dans le deuxième chapitre de cet ouvrage, en proposant une définition opérationnelle de ce qu'est un processus, ainsi qu'une organisation hiérarchique des processus psychologiques explorés jusqu'alors.

À un niveau tout aussi « meta », Matthieu Villatte explore dans le troisième chapitre l'implication du langage dans les troubles psychologiques. S'appuyant sur l'étude expérimentale du langage et de la cognition proposée par la théorie des cadres relationnels

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

(Relational frame theory ; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001), il montre comment la mise en relation symbolique d'événements et d'objets au travers du langage apporte un éclairage sur l'évitement expérientiel, la persistance de comportements inefficaces et la détérioration de la motivation.

La première partie de l'ouvrage se termine par la présentation de la flexibilité psychologique, sorte de « meta-processus » censé être le produit de plusieurs autres processus psychologiques, dont l'autre particularité serait de concerner toutes les souffrances psychologiques Dans ce quatrième chapitre, Jean-Louis Monestès met en avant les difficultés d'opérationnalisation et de définition de ce processus et montre son implication dans une palette variée de troubles psychologiques.

La deuxième partie de cet ouvrage vise à offrir une illustration plus concrète de l'approche transdiagnostique en présentant différents processus intrapersonnels et interpersonnels impliqués dans différents troubles, leur modélisation et les implications thérapeutiques qui en découlent.

Dans le cinquième chapitre, Céline Baeyens part des études sur les ruminations dépressives pour illustrer la manière dont les processus mis en évidence dans les ruminations ne se limitent ni au champ de la dépression, ni aux ruminations mentales. Elle propose par ailleurs une perspective critique concernant les interventions visant les pensées répétitives négatives.

Céline Douilliez, Julie Rivière et Marine Dupont présentent dans le sixième chapitre une synthèse des études sur le rôle du perfectionnisme dans différents troubles tels que le trouble dépressif, les troubles des conduites alimentaires, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble d'anxiété sociale. Elles présentent également un modèle cognitivo-comportemental du perfectionnisme qui guidera les cliniciens et chercheurs dans la prise en charge du perfectionnisme.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Si les cliniciens sont en général sensibilisés à la question des ruminations et du perfectionnisme, ils sont peut-être moins conscients de l'implication d'autres facteurs impliqués dans différents troubles, tels que les biais attentionnels. Dans le septième chapitre, Alexandre Heeren présente une synthèse des recherches menées ces quinze dernières années sur le rôle causal des biais attentionnels en psychopathologie et des récents développements concernant la modification de ces biais. Même si ces programmes d'intervention sont encore en plein développement et en attente de pouvoir être implantés dans un contexte clinique, ils ne cessent de nous informer sur les principes de changement sous-jacents à ces interventions.

Les différents chapitres de cet ouvrage soulignent l'importance d'une conceptualisation processuelle en psychopathologie. Cette conceptualisation ne porte généralement pas sur un ou deux processus particuliers mais sur un ensemble de processus agissant de concert. Le chapitre de François Nef illustre cette perspective en abordant l'insatisfaction corporelle clinique, en en proposant une modélisation dont découlent différentes pistes de traitement.

Enfin, dans le dernier chapitre, Arnaud Carré aborde la question fondamentale des processus interpersonnels en psychopathologie, sous l'angle des problématiques d'empathie. Ce chapitre illustre l'utilité d'une définition processuelle de l'empathie afin d'en comprendre les dimensions cognitives et affectives et les niveaux qui peuvent être altérés dans différents troubles.

Cet ouvrage est le premier en langue française à présenter l'approche transdiagnostique processuelle. Il est le produit de réflexions et de recherches menées par la communauté scientifique francophone quant aux processus impliqués dans plusieurs troubles psychologiques et la façon de les prendre en charge dans la pratique clinique. Loin de réaliser un simple recueil de la littérature internationale sur les questions qu'ils abordent, les auteurs des chapitres de cet ouvrage sont des acteurs centraux de cette recherche et ont fait le

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

choix d'apporter un corpus de connaissances original. Si l'ouvrage dans son ensemble n'a pas la prétention de l'exhaustivité quant aux processus psychologiques actuellement étudiés par la communauté scientifique (les processus mnésiques, l'évitement d'expérience, ou l'impulsivité y auraient par exemple eu toute leur place), il représente un apport notable à l'étude des processus transdiagnostiques.

À ce titre, nous espérons que cet ouvrage permettra à de nombreux cliniciens et chercheurs de s'approprier ces problématiques, afin de poursuivre leur développement et de favoriser l'utilisation des démarches thérapeutiques qui en découlent.

Références bibliographiques

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. & May, J. T. E. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

Frank, R. I. & Davidson, J. (2014). *A transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: Practical guidance for clinical decision making*. Oakland, CA: New Harbinger.

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.

Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B., (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

PARTIE I

Vers une approche fonctionnelle et processuelle

- **Chap. 1** S'affranchir du DSM ou d'une vision essentialiste des problèmes psychologiques 11
- **Chap. 2** Démêler l'écheveau des processus psychologiques en psychopathologie 33
- **Chap. 3** Les processus du langage et de la cognition impliqués dans la psychopathologie 61
- **Chap. 4** La flexibilité psychologique : un méta-processus responsable des difficultés psychologiques 85

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Chapitre 1

S'affranchir du DSM ou d'une vision essentialiste des problèmes psychologiques

Martial Van der Linden

EN JANVIER 2012, une lettre ouverte[1] adressée à l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et à la DSM-5 Task Force que cette association avait mise en place, mentionnait les nombreuses et importantes réserves que suscitaient les faiblesses scientifiques et les dangers du DSM-5 (5e édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) tel qu'il était en projet. Cette lettre ouverte, initiée par la *Société pour une Psychologie Humaniste* (Division 32 de l'Association Américaine de Psychologie), a été signée par plus de 15 000 personnes de par le monde (principalement des professionnels de la santé mentale) et par plus de 50 organisations professionnelles. En dépit de cette mobilisation importante, l'APA a décidé d'aller de l'avant dans la publication du DSM-5, lequel a vu le

1. http://www.ipetitions.com/petition/dsm5/.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

jour en mai 2013, sans prendre en compte la plupart des problèmes soulevés par la lettre ouverte.

Quand le développement du DSM-5 a démarré en 1999, certains ont pensé que cela conduirait à une révision profonde de la définition même du trouble mental, tant étaient nombreuses les données, recueillies depuis 30 ans, montrant la faible validité des catégories diagnostiques définies par le DSM. Or cette aspiration à un changement de paradigme a complètement été négligée et le DSM-5 n'a fait que confirmer, voire accentuer, les problèmes et les risques des versions précédentes. En particulier, on peut relever une fidélité test-retest faible de plusieurs catégories diagnostiques du DSM-5 (Regier *et al.*, 2013). Par ailleurs, on a vu apparaître de nouvelles catégories diagnostiques dont la validité est très contestable, telles que le *trouble dysphorique prémenstruel*, le *trouble de dérégulation dit d'humeur explosive*, le *trouble de symptômes somatiques* ou encore le *trouble neurocognitif léger*. L'application de ces nouvelles catégories est très problématique, en ce qu'elle ouvre la voie à une psychiatrisation du vécu de certaines femmes (trouble dysphorique prémenstruel), des personnes souffrant d'un problème médical chronique et se plaignant de douleurs (trouble de symptômes somatiques), des enfants et des adolescents manifestant des sautes d'humeur importantes (trouble de dérégulation dit d'humeur explosive) et des personnes âgées présentant des difficultés cognitives (trouble neurocognitif léger ; voir Van der Linden & Juillerat Van der Linden, 2014). Notons également que le jeu pathologique a été introduit dans la catégorie du trouble d'utilisation de substance (alors que dans le DSM-IV, il se trouvait dans les troubles du contrôle des impulsions). Cette introduction constitue une première reconnaissance par le DSM du concept de dépendance (d'addiction) comportementale, en tant qu'état pathologique ou maladie. Et, ces dernières années, de très nombreux autres types d'addictions comportementales ont été décrits (tout en n'étant pas encore

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

reconnus par le DSM), conduisant à une sur-pathologisation de la vie quotidienne (Van der Linden, 2015) : addiction au sexe, au travail, à l'exercice physique, au shopping, à l'attachement aux autres (co-dépendance), à l'utilisation d'Internet (réseaux sociaux, jeux, pornographie), au bronzage, à la cartomancie, à la danse, et même plus spécifiquement au tango.

La conception essentialiste des difficultés psychologiques : caractérisation et limites

Le DSM constitue l'émanation la plus tangible d'une conception essentialiste des difficultés psychologiques. Selon cette conception, les difficultés psychologiques sont traduites en catégories diagnostiques de troubles mentaux (en différentes maladies mentales), lesquelles sont considérées comme ayant un caractère constitutif propre et nécessaire (une essence) ; cette essence est partagée par tous les individus qui ont ces troubles et par aucun individu qui ne les possède pas. Les difficultés psychologiques sont ainsi expliquées de la même manière que les maladies physiques.

Or cette conception essentialiste et catégorielle, bien qu'encore dominante, a fait l'objet de nombreuses critiques. Tout d'abord, elle n'est clairement pas adaptée à la variabilité observée au sein d'une catégorie diagnostique, à l'existence d'une très importante comorbidité, à la présence d'étiologies multiples et aux interactions probabilistes entre causes et conséquences (Kendler, Zachar & Craver, 2011). En outre, elle néglige le fait que la plupart des difficultés psychologiques se situent au sein d'un continuum, incluant des expériences normales. Ainsi, suite à une revue quantitative des

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

recherches taxométriques, portant sur 177 articles, Haslam, Holland et Kuppens (2012) concluent que la plupart des troubles psychopathologiques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles alimentaires, troubles externalisés, troubles de personnalité) sont de nature dimensionnelle et ne renvoient pas à une catégorie (un taxon latent), une entité pathologique ou une maladie mentale.

Par ailleurs, la conception essentialiste conduit à favoriser les explications neurobiologiques, en omettant le contexte relationnel et les causes sociales (pauvreté, chômage, etc.) des difficultés psychologiques. De plus, elle se focalise sur les maladies (en tant qu'entités latentes) plutôt que sur les symptômes, en négligeant le fait que les symptômes peuvent être des entités causales autonomes (Borsboom & Cramer, 2013). Elle tend également à adopter une perspective de causalité linéaire, allant des gènes au cerveau, puis au comportement, en ne prenant ainsi pas en compte les interrelations réciproques entre ces niveaux. Enfin, cette conception conduit à une pathologisation croissante de la population (avec la souffrance psychologique qui en découle), et ce, en attribuant le diagnostic de maladie mentale à un nombre de plus en plus grand de difficultés psychologiques et en tentant de diagnostiquer ces prétendues maladies mentales (à savoir, identifier l'essence de ces maladies, via des signes précurseurs ou des marqueurs biologiques) à un stade de plus en plus précoce.

Une illustration : l'approche essentialiste de la dépression

À titre d'illustration, penchons-nous sur les limites de l'approche essentialiste de la dépression. Rappelons tout d'abord que, pour obtenir le diagnostic d'épisode dépressif majeur selon le DSM-5,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

il faut (critère A) manifester au moins cinq symptômes présents pendant deux semaines au minimum et qu'ils constituent un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Ces cinq symptômes sont à identifier parmi les neuf symptômes suivants : humeur dépressive ; diminution marquée d'intérêt ou de plaisir ; perte ou gain de poids/diminution ou augmentation de l'appétit ; insomnie ou hypersomnie ; agitation ou ralentissement psychomoteur ; fatigue ou perte d'énergie ; sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou non appropriée ; diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision ; pensées de mort récurrentes (idées suicidaires). Un des symptômes doit être une humeur dépressive ou une diminution d'intérêt ou de plaisir.

Relevons tout d'abord que certains des symptômes dépressifs repris dans ce critère regroupent en fait des dimensions symptomatiques distinctes (perte de plaisir ou d'intérêt, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou non appropriée), ainsi que des dimensions symptomatiques opposées (perte ou gain de poids/diminution ou augmentation de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur).

Par ailleurs, le fait d'attribuer un diagnostic d'épisode dépressif majeur à une personne qui présente au moins 5 symptômes dépressifs pendant deux semaines au minimum participe à la pathologisation croissante du fonctionnement psychologique : en effet, peut-on raisonnablement attribuer une étiquette diagnostique de trouble mental (de maladie mentale) à quelqu'un qui, suite au décès d'un proche, à la perte d'un emploi ou à l'annonce d'une maladie grave, montre pendant deux semaines (voire plus), par exemple, une perte de plaisir, des problèmes de sommeil, une perte d'appétit, une perte d'énergie et des difficultés de concentration ? Notons également que le DSM-5 a retiré le deuil en tant que critère d'exclusion de l'épisode dépressif majeur et, ce faisant, a transformé le chagrin normal en

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

trouble dépressif (en maladie mentale). Comme le relèvent Horwitz et Wakefield (2010), en ne prenant pas en compte le contexte dans lequel les manifestations dépressives apparaissent, le DSM tend à médicaliser (à pathologiser) ce qui est le plus souvent une réaction normale (pouvant parfois être intense) à des situations personnelles et sociales difficiles.

De façon plus générale, la perspective essentialiste considère la dépression comme une catégorie distincte de maladie (similaire à une maladie physique). L'état sous-jacent que constitue la dépression est la cause commune de ses différents symptômes (*the common cause framework* ; Schmittmann *et al.*, 2013). En d'autres termes, tous les symptômes représentent les indicateurs observables de l'entité latente qu'est la dépression. Cela implique, au plan du diagnostic, que ces symptômes sont équivalents et interchangeables et qu'ils sont considérés comme non corrélés ou localement indépendants. Le fait que certains symptômes apparaissent souvent ensemble est interprété comme étant lié à la variable latente elle-même qu'est la dépression. Par ailleurs, quand des outils de dépistage de la dépression sont utilisés (p. ex., l'Inventaire de dépression de Beck ; Beck, Steer & Brown, 1996), c'est la quantité plutôt que la nature des symptômes qui est prise en compte, avec l'établissement d'un score-seuil à partir du score global et l'identification d'une dépression plus sévère sur base d'un score global plus élevé.

Cette conception essentialiste de la dépression se heurte à de nombreux problèmes (Fried, 2015 ; Fried & Nesse, 2015a). Tout d'abord, diverses données taxométriques et psychométriques indiquent que la dépression ne constitue pas une catégorie discrète, mais doit plutôt être envisagée comme une dimension (Haslam *et al.*, 2012). En appui à ce constat, il a été montré que la présence de moins de 5 symptômes dépressifs (critère A du DSM) a souvent une signification clinique, avec des niveaux de problèmes fonctionnels et de comorbidités psychiatriques et physiques, ainsi qu'un risque

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

accru d'épisodes dépressifs majeurs futurs, comparables à ce qui est observé pour le diagnostic de dépression majeure (Solomon, Haaga & Arnow, 2001). Un autre problème concerne l'importante comorbidité de la dépression avec d'autres types de troubles, tels que le trouble d'anxiété généralisée et l'état de stress post-traumatique (Regier *et al.*, 2013). Il est d'ailleurs intéressant de noter que les critères DSM de la dépression et du trouble d'anxiété généralisée partagent les symptômes « problèmes de sommeil », « fatigue », « problèmes de concentration » et « agitation psychomotrice », et que les symptômes « perte d'intérêt », « problèmes de concentration », « problèmes de sommeil », « humeur négative » et « sentiment de dévalorisation » se retrouvent tant dans la dépression que dans l'état de stress post-traumatique.

En outre, les critères diagnostiques de la dépression selon le DSM-5 peuvent produire un nombre considérable de combinaisons de symptômes, conduisant toutes au même diagnostic de dépression. Comme le relèvent Zimmerman, Ellison, Young, Chelminski et Dalrymple (2015), il y a théoriquement 227 façons d'obtenir un diagnostic de dépression majeure selon les critères du DSM-5, et même 14 528 combinaisons si l'on dissocie tous les symptômes qui regroupent des dimensions symptomatiques distinctes et opposées. Parmi ces combinaisons, certaines peuvent n'avoir que peu de symptômes en commun, voire aucun. Cette hétérogénéité a été vérifiée empiriquement par Fried et Nesse (2015b) auprès de 3 703 personnes ayant reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur. Sur base des critères du DSM-5, mais en dissociant trois symptômes regroupant des dimensions opposées, les auteurs ont relevé l'absence ou la présence de 12 symptômes dépressifs. Les résultats ont mis en évidence 1 030 profils symptomatiques distincts, le profil le plus courant étant observé par seulement 2 % des personnes. En outre, environ 14 % des personnes présentaient des profils uniques, non partagés par une seule autre personne.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Par ailleurs, contrairement à ce que postule le DSM, les différents symptômes de la dépression ne sont pas équivalents et interchangeables. En effet, Fried, Nesse, Zivin, Guille et Sen (2014) ont récemment montré, chez des internes en médecine évalués longitudinalement (une fois avant et quatre fois durant la période d'internat), que l'influence de différents facteurs de risque (histoire familiale et personnelle de dépression majeure, genre, stress durant l'enfance, neuroticisme, nombre d'heures de travail) variait significativement selon les symptômes individuels de la dépression majeure. Ainsi, par exemple, les femmes rapportent davantage de problèmes de sommeil, d'appétit et de fatigue durant l'internat, alors que les hommes mentionnent plus d'idées suicidaires.

De plus, Fried, Nesse, Guille et Sen (2015) ont observé, toujours chez des internes en médecine évalués longitudinalement, que le stress chronique durant l'internat (en lien avec les nombreuses heures de travail, la privation de sommeil, le manque d'autonomie, des situations émotionnelles extrêmes) conduisait à une augmentation de la symptomatologie qui différait considérablement selon les symptômes individuels. Plus spécifiquement, les problèmes psychomoteurs, la perte d'intérêt et les difficultés de concentration montraient l'augmentation la plus importante par rapport à l'évaluation effectuée avant l'internat. Par ailleurs, la fatigue, les problèmes d'appétit et les problèmes de sommeil montraient la prévalence la plus élevée (prévalence évaluée au moyen d'une échelle allant de 0 à 3, 0 indiquant l'absence de problème durant les deux semaines précédant l'évaluation et 3 la présence de problèmes presque quotidiens).

Dans une étude menée auprès de 3 703 personnes ayant reçu un diagnostic de dépression majeure, Fried et Nesse (2015a) ont constaté que les symptômes de la dépression majeure (identifiés au sein d'une liste de quatorze symptômes, établie en ayant dissocié certains symptômes composés) variaient fortement, et

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

de façon spécifique, dans leur relation avec la perturbation du fonctionnement psychosocial (dans les domaines de la gestion du foyer, du travail, des activités sociales, des activités privées et des relations proches). Globalement, l'humeur dépressive, les problèmes de concentration, la fatigue et la perte d'intérêt (symptômes en lien avec différents domaines : affectif, cognitif, somatique, motivationnel) expliquent une grande proportion de variance dans les troubles du fonctionnement psychosocial, alors que les problèmes de poids et de sommeil (insomnie et hypersomnie) contribuent peu au statut fonctionnel. On constate en outre que le ralentissement psychomoteur explique environ quatre fois plus de variance dans le fonctionnement psychosocial que l'agitation psychomotrice, ce qui indique bien la nécessité de dissocier les dimensions symptomatiques opposées. Enfin, bien que quelques symptômes (humeur dépressive et problèmes de concentration) contribuent de façon globalement équivalente aux différents domaines du fonctionnement psychosocial, la majorité des symptômes varient dans leur influence selon les domaines : ainsi, l'insomnie d'endormissement est fortement associée au domaine du travail, le sentiment de dévalorisation au domaine des relations proches, la perte d'intérêt aux activités sociales et la fatigue à la gestion du foyer.

Sur un échantillon de 4 856 personnes ayant reçu le diagnostic d'épisode dépressif majeur ou de dysphorie (et évaluées longitudinalement sur une période de 12 ans), Keller, Neale et Kendler (2007) ont constaté que la présence des différents symptômes dépressifs (12 symptômes dissociés à partir des 9 symptômes du DSM) variait en fonction du type d'événements de vie négatifs auquel était confrontée la personne. Ainsi, par exemple, le décès d'un proche et une rupture amoureuse sont associés à des niveaux élevés de tristesse, d'anhédonie (perte d'intérêt et de plaisir), de perte d'appétit et, pour une rupture amoureuse, de culpabilité. Par contre, le stress chronique et, dans une moindre mesure, l'échec, sont associés à la

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

fatigue et l'hypersomnie, mais moins à la tristesse, l'anhédonie et la perte d'appétit.

La très importante hétérogénéité des manifestations symptomatiques de la dépression et des relations qu'entretiennent les symptômes dépressifs individuels avec différents facteurs de risque et diverses perturbations du fonctionnement psychosocial permet de mieux comprendre pourquoi des marqueurs biologiques (cérébraux et génétiques) spécifiques de la dépression n'ont pas pu être identifiés (Fried, 2015) et pourquoi les antidépresseurs n'ont qu'une efficacité marginale par rapport au placebo (Pigott, Leventhal, Alter & Boren, 2010). Il en va de même en ce qui concerne l'efficacité limitée et le manque de spécificité des psychothérapies dans la dépression. Ainsi, Khan Faucett, Lichtenberg, Kirsch et Brown (2012) ont constaté, via une revue systématique, l'absence de différence significative entre l'efficacité des psychothérapies (interpersonnelle, comportementale, cognitivo-comportementale, etc.), celle des antidépresseurs et celle des thérapies alternatives (telles que l'exercice physique et l'acupuncture) ou des interventions de contrôle actives, telles que la bibliothérapie ou l'acupuncture simulée. Sur base de ces données, les auteurs concluent que le type de traitement offert est moins important que le fait d'impliquer les personnes dans un programme d'intervention active. Ils indiquent néanmoins que des recherches futures devraient être menées afin d'explorer si des interventions taillées sur mesure en fonction des difficultés spécifiques de chaque personne pourraient être plus efficaces.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Une autre approche des difficultés psychologiques

Considérant les limites de l'approche essentialiste, Kendler *et al.* (2011) ont suggéré d'adopter une approche (*Mechanistic Property Cluster, MCP*), selon laquelle les problèmes psychopathologiques sont définis, non pas en termes d'essence, mais en termes de réseaux complexes de mécanismes causaux se renforçant mutuellement. Les types de troubles ainsi définis ont des frontières floues, ils sont hétérogènes et les mécanismes impliqués correspondent à des niveaux différents (biologique, psychologique, environnemental, socio-culturel), les symptômes eux-mêmes pouvant interagir entre eux et se renforcer l'un l'autre. Selon cette conception, les individus ayant un type particulier de problème psychopathologique se ressemblent parce que les mécanismes causaux induisent, de façon régulière, la co-occurrence de certaines caractéristiques ou propriétés (un *cluster*). Cependant, certains *clusters* peuvent partager des propriétés. Cette conception reconnaît en outre le fait que les relations entre des mécanismes causaux et les symptômes ont souvent un caractère probabiliste : autrement dit, des mécanismes causaux peuvent simplement changer le risque ou la probabilité qu'un symptôme ou un ensemble de symptômes apparaisse. Enfin, elle considère aussi que le même ensemble de symptômes peut provenir de mécanismes étiologiques différents. Selon Kendler *et al.* (2011), une approche du type MCP devrait conduire à de nouvelles propositions de classification des troubles. Cependant, ils indiquent aussi que le nombre potentiellement important de mécanismes impliqués, leur chevauchement et leurs interactions font qu'un appariement simple et unique entre mécanismes et diagnostic s'avérera vraisemblablement impossible.

De façon plus spécifique, Borsboom et ses collaborateurs (Borsboom & Cramer, 2013 ; Schmittmann *et al.*, 2013) ont proposé de

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

concevoir les troubles psychopathologiques, non pas comme des entités latentes qui causeraient un certain nombre de symptômes, mais plutôt comme des patterns d'interactions dynamiques entre des symptômes. La question n'est donc plus d'avoir ou de ne pas avoir un trouble dépressif majeur (une maladie dépressive), mais plutôt d'envisager l'épisode dépressif majeur comme un réseau de symptômes causalement reliés. Chez une personne, ces symptômes peuvent, à tout moment, être activés ou inactivés (*on* ou *off*). Si un symptôme A est activé, il influencera causalement d'autres symptômes, en augmentant la probabilité que le symptôme B qui lui est relié soit aussi activé. Ainsi, par exemple, on peut envisager, entre autres, la chaîne suivante : événement négatif (par exemple, rupture amoureuse) → humeur négative → sentiment de culpabilité → insomnie → fatigue → problèmes de concentration.

Ces réseaux de symptômes sont par nature transdiagnostiques, dans la mesure où les troubles (considérés comme des clusters de caractéristiques ou de propriétés co-occurentes) peuvent partager des symptômes ou « partager des symptômes avec des troubles qui partagent des symptômes avec des troubles qui… » (Borsboom, Epskamp, Kievit, Cramer & Schmittmann, 2011). En reprenant l'exemple fourni par Borsboom *et al.*, l'insomnie est un symptôme commun à la dépression majeure et au trouble d'anxiété généralisée et il peut être provoqué par un sentiment de culpabilité (symptôme de la dépression) ou par une anxiété chronique (symptôme du trouble d'anxiété généralisée). Par ailleurs, l'insomnie peut à son tour influencer l'humeur dépressive (symptôme de la dépression) ou l'irritabilité (symptôme de l'anxiété généralisée). Ainsi, l'insomnie établit un pont entre les deux troubles et, trouvant son origine chez la personne elle-même, elle constitue un facteur transdiagnostique interne. En revanche, la rupture amoureuse représente un facteur transdiagnostique externe.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Cette approche en réseau permet aussi de rendre compte des importantes différences individuelles dans l'expression symptomatique. En fonction de différences dans les forces de connexion entre symptômes, les réseaux de deux personnes peuvent réagir différemment au même événement négatif, avec une probabilité différente que certains symptômes soient activés (p. ex., plutôt des symptômes anxieux ou plutôt des symptômes dépressifs : trajectoires divergentes). En même temps, on peut également s'attendre à une comorbidité importante, du fait de la propagation d'activation au sein du réseau via des symptômes-ponts et des facteurs transdiagnostiques.

Bringmann, Lemmens, Huibers, Borsboom et Tuerlinckx (2015) ont exploré la structure dynamique en réseau des 21 symptômes évalués par le *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II ; Beck *et al.*, 1996). Pour ce faire, ils ont administré de façon répétée (14 séances hebdomadaires) le BDI-II à 182 personnes ayant reçu un diagnostic de dépression majeure. Les analyses de la dynamique temporelle des 21 symptômes montrent que tous les symptômes du BDI-II sont directement ou indirectement connectés à travers des patterns d'influence temporelle, et ce, en sachant que, pour chaque relation symptôme-symptôme, l'effet des autres symptômes dans le réseau a été contrôlé. Par ailleurs, les connexions les plus fortes sont uniformément positives, c'est-à-dire que, en général, quand la gravité d'un symptôme change, les autres symptômes changent dans la même direction. De plus, les auteurs ont mené des analyses de centralité permettant de déterminer l'importance ou l'influence d'un symptôme dans l'acheminement de l'information au sein du réseau. Ces analyses révèlent que certains symptômes ont une influence plus grande sur la propagation symptomatique que d'autres : en particulier, la perte de plaisir est un des symptômes qui a l'effet le plus grand sur cette propagation, contrairement à la perte d'intérêt et à la tristesse qui ont un rôle principalement réactif.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Plus récemment, Fried, Epskamp, Nesse, Tuerlinckx et Borsboom (2016) ont examiné, chez 3 463 personnes ayant reçu un diagnostic de dépression majeure, la centralité de 28 symptômes dépressifs, évalués au moyen de *l'Inventory of Depressive Symptomatology* (version clinicien ; Rush, Gullion, Basco, Jarrett & Trivedi, 1996), lequel a été administré lors de la première évaluation avant la mise en place d'un essai clinique d'intervention. Ces analyses de centralité consistaient à évaluer la connectivité d'un symptôme donné avec tous les autres symptômes au sein du réseau. Les auteurs ont également comparé la centralité des symptômes identifiés dans le critère A du DSM avec la centralité de symptômes non-DSM, tels que l'anxiété ou l'irritabilité (dont la prévalence est grande chez les personnes avec un diagnostic de dépression). Les analyses ont confirmé que les symptômes diffèrent considérablement dans leurs estimations de centralité, mais aussi que les symptômes DSM ne sont pas plus centraux que les symptômes non-DSM. Plus spécifiquement, les symptômes les plus centraux sont la perte d'énergie, la tristesse, l'activation sympathique (palpitations, tremblements, vision floue, transpiration), la perte d'intérêt et la perte de plaisir, avec aussi dans les 10 premiers symptômes en termes de centralité, les symptômes « panique/phobie » et « anxiété/tension ». Par ailleurs, les symptômes DSM « hypersomnie » et « agitation psychomotrice » sont parmi les moins centraux. Ces résultats montrent en quoi il est nécessaire de ne pas se limiter à l'évaluation des symptômes dépressifs de type DSM, lesquels ont été établis davantage pour des raisons historiques qu'empiriques (Fried *et al.*, 2016). Il s'agirait au contraire d'évaluer un nombre plus important de symptômes, à travers différents types de troubles, afin de tenter de mieux comprendre les comorbidités. Ces données montrent également l'intérêt qu'il peut y avoir à se focaliser sur les symptômes centraux afin, par exemple, de mieux prédire l'évolution des problèmes, la probabilité de rechute ou encore la réponse au traitement.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Au plan clinique, il s'agirait de déterminer la centralité symptomatique individuelle, à savoir identifier, pour une personne donnée, quel symptôme a l'influence la plus importante, ce qui conduirait à en faire la cible prioritaire d'une intervention (notons cependant que les méthodes statistiques actuelles ne permettent pas encore d'effectuer des analyses individualisées de centralité sur un vaste réseau de symptômes).

Notons que les apports d'une approche en réseaux de symptômes ont été envisagés pour d'autres types de troubles que la dépression et, en particulier, pour l'état de stress post-traumatique (McNally *et al.*, 2015) et le deuil complexe persistant (Robinaugh, LeBlanc, Vuletich & McNally, 2014).

Conclusion : une conception plurielle, intégrative et individualisée de l'évaluation et de l'intervention psychologiques

Il paraît donc nécessaire de revoir profondément la manière dont la souffrance et les difficultés psychologiques sont envisagées, en commençant par reconnaître qu'elles se situent au sein d'un continuum incluant des expériences normales, certaines expériences devenant problématiques du fait de leur caractère extrême, de leur fréquence ou de leur persistance. Il importe également de prendre en compte le fait que les facteurs qui sont la cause de ces difficultés psychologiques comportent le plus souvent des dimensions sociales et circonstancielles, telles que la pauvreté, le chômage ou encore des expériences traumatisantes (voir, par exemple, le lien récemment observé entre l'austérité fiscale imposée à l'Italie, l'Espagne, le Portugal, la Grèce et l'Irlande suite à la crise financière de 2008 et l'augmentation de la mortalité par suicide ; Antonakakis & Collins,

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

2015). Néanmoins, d'autres facteurs (en particulier, génétiques et développementaux) peuvent influer sur la façon dont une personne réagit aux défis auxquels elle est confrontée.

Plus généralement, il paraît indispensable d'arrêter de concevoir la souffrance et les difficultés psychologiques comme les symptômes d'une maladie et il faut donc s'affranchir des diagnostics catégoriels du type DSM. Selon Kinderman (2014, 2015), une description détaillée et rigoureuse des expériences, problèmes, symptômes ou plaintes spécifiques des personnes constitue une alternative scientifiquement plus valide – permettant de prendre en compte la personne dans son individualité – et suffisante pour servir de base à une planification des interventions et à la communication avec la personne qui consulte et avec d'autres professionnels.

Bien entendu, établir une liste de problèmes (et en préciser l'importance) ne suffit pas : il s'agit aussi d'en comprendre la nature et cela passe, pour les psychologues clinicien(ne)s, par le développement d'une formulation psychologique qui tentera de décrire pourquoi une personne présente certaines difficultés (pourquoi elles se sont développées et pourquoi elles se maintiennent), et ce, en se référant à des théories psychologiques empiriquement fondées. Cette formulation prendra comme point de départ les problèmes décrits par la personne (une humeur négative, un manque de motivation, des problèmes de sommeil, des problèmes de concentration au travail, un sentiment de dévalorisation, etc.), plutôt qu'un diagnostic de maladie (une dépression). Il s'agira également d'identifier le réseau de relations que peuvent entretenir ces difficultés et de déterminer les symptômes caractérisés par un haut niveau de centralité au sein de ce réseau (Borsboom & Cramer, 2013).

Kinderman (2005, 2014) a présenté un cadre théorique général, pouvant servir de cadre de référence pour l'élaboration d'une formulation psychologique : il s'agit du modèle des processus psychologiques médiateurs. Cet auteur considère que les facteurs biologiques,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

sociaux et circonstanciels (les événements de vie) peuvent conduire à des problèmes psychologiques via leurs effets conjoints sur différents processus psychologiques. En d'autres termes, les processus psychologiques sont conçus comme des médiateurs de la relation entre, d'une part, les facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels, et d'autre part, les problèmes psychologiques. Des données récentes ont permis d'apporter les premiers éléments appuyant cette conception des difficultés psychologiques. En effet, dans une étude menée sur un très important échantillon issu de la population générale, Kinderman, Schwannauer, Pontin et Tai (2013) ont mis en évidence qu'une histoire familiale de difficultés psychologiques, la précarité sociale et des expériences traumatiques et de maltraitance constituaient de forts prédicteurs de niveaux élevés d'anxiété et de dépression, mais que ces relations étaient fortement médiatisées par des processus psychologiques et, plus spécifiquement, par le manque de stratégies de coping adaptées (du type résolution de problèmes) face à des événements stressants, par la présence de ruminations et par le fait de se blâmer. Plus récemment, dans une analyse complémentaire des données de l'étude précédente, Kinderman *et al.* (2015) ont observé que l'anxiété et la dépression étaient associées à la présence d'événements négatifs de vie (expériences traumatiques et maltraitance), avec un effet médiateur de la rumination. Par contre, de faibles niveaux de bien-être étaient associés à la précarité matérielle et à l'isolement social, avec un effet médiateur du manque de stratégies de coping adaptées. Ainsi, dépression/anxiété et faible bien-être subjectif paraissent être associés à des mécanismes causaux distincts, avec dès lors la nécessité de mettre en place des interventions différentes : pour le bien-être subjectif faible, des politiques sociales visant à améliorer les conditions de vie et le développement d'une meilleure capacité à s'adapter aux événements stressants ; pour l'anxiété et la dépression, la prévention de la maltraitance, l'atténuation des conséquences des événements de vie traumatiques et des interventions psychologiques focalisées sur

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

les ruminations. Il s'agit là de suggestions d'interventions tirées d'une analyse globale des données issues d'un groupe de personnes, chez qui seuls certains symptômes généraux et certains processus psychologiques spécifiques ont été pris en compte. Cela masque très vraisemblablement la présence de patterns individuels plus différenciés. Comme le relèvent d'ailleurs Kinderman et ses collaborateurs, l'élaboration d'un plan d'intervention doit bien entendu être dictée par une formulation psychologique individuelle.

De façon plus générale, la formulation d'une interprétation psychologique individuelle doit prendre en compte la co-occurrence de difficultés différentes, leur caractère multifactoriel et l'hétérogénéité des mécanismes qui les sous-tendent. Il s'agit dès lors d'examiner différents types de processus psychologiques (cognitifs, affectifs, motivationnels, relationnels, identitaires) et de tenter de les intégrer dans une interprétation cohérente, conduisant aussi à l'identification, autant que possible, du rôle des facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels. Une telle approche, centrée sur la personne, permet d'aborder la dynamique du fonctionnement psychologique dans toute sa complexité et dans son expression unique. Elle s'inscrit également aisément dans une approche transdiagnostique selon laquelle certains processus sont partagés par plusieurs types de difficultés psychologiques (Mansell, Harvey, Watkins & Shafran, 2008).

Cette conception des difficultés psychologiques amène à considérer que les interventions psychologiques doivent être taillées sur mesure en fonction des problèmes spécifiques de la personne : des interventions à plusieurs facettes complémentaires, focalisées sur différents processus psychologiques (voir Van der Linden, Ceschi & Billieux, 2015). Parallèlement, des interventions doivent également être envisagées au niveau social, afin d'améliorer les conditions de vie (précarité, isolement, chômage, maltraitance, etc.) des personnes qui consultent, ainsi qu'au niveau médical dans le but

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

d'aborder les dimensions médicales des problèmes (avec néanmoins une réduction importante des prescriptions de médicaments psychotropes, ces médicaments ne devant être utilisés que pour répondre à des problèmes spécifiques, pendant une durée courte, et non dans le but de « traiter une maladie »).

Une telle approche conduit à envisager autrement les structures de santé mentale, avec notamment la mise en place d'équipes multidisciplinaires (psychologues, psychiatres, médecins généralistes, travailleurs sociaux, infirmiers/infirmières, médiateurs culturels, etc., aucune profession n'ayant préséance sur l'autre), et ce, au sein même des collectivités locales (voir Kinderman, 2014). Par ailleurs, pour les personnes en crise, des structures résidentielles peuvent s'avérer nécessaires, mais elles devraient être articulées autour d'une perspective psychosociale et non médicale. Enfin, et plus généralement, il s'agirait de prendre résolument le chemin de la prévention des problèmes psychologiques, en se focalisant sur les prérequis sociaux de la santé psychologique et du bien-être (réduction des inégalités, de la pauvreté, des discriminations, de l'isolement social, des conditions de travail pénibles ou dégradantes, de la maltraitance, etc.).

Références bibliographiques

Antonakakis, N. & Collins, A. (2015). The impact of fiscal austerity on suicide mortality: evidence across the 'Eurozone periphery'. *Social Science & Medicine, 145*, 63-78.

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory, 2nd Ed.*, Psychological Corporation : San Antonio, TX.

Borsboom, D. & Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 91-121.

Borsboom, D., Epskamp, S., Kievit, R. A., Cramer, A. O. J. & Schmittmann, V. D. (2011). Trandiagnostic networks: commentary on Nolen-Hoeksema and Wat-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

kins (2011). *Perspectives on Psychological Science, 6*, 610-614.

BRINGMANN, L. F., LEMMENS, L. H. J. M., HUIBERS, M. J. H., BORSBOOM, D. & TUERLINCKX, F. (2015). Revealing the dynamic network structure of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Medicine, 45*, 747-757.

FRIED, E. I. (2015). Problematic assumptions have slowed down depression research: why symptoms, not syndromes are the way forward. *Frontiers in Psychology, 6*:309.

FRIED, E. I., EPSKAMP, S., NESSE, R. M., TUERLINCKX, F. & BORSBOOM, D. (2016). What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders, 189*, 314-320.

FRIED, E. I. & NESSE, R. M. (2015a). Depression is not a consistent syndrome: an investigation of unique symptoms patterns in the STAR*D study. *Journal of Affective Disorders, 172*, 96-102.

FRIED, E. I. & NESSE, R. M. (2015b). Depression sum-scores don't add up: why analyzing depression symptoms is essential. *BMC Medicine, 13*:72.

FRIED, E. I., NESSE, R. M., GUILLE, C. & SEN, S. (2015). The differential influence of life stress on individual symptoms of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 131*, 465-471.

FRIED, E. I., NESSE, R. M., ZIVIN, K., GUILLE, C. & SEN, S. (2014). Depression is more than the sum score of its parts: individual DSM symptoms have different risk factors. *Psychological Medicine, 441*, 2067-2076.

HASLAM, N., HOLLAND, E. & KUPPENS, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine, 42*, 903-920.

HORWITZ, A. V. & WAKEFIELD, J. C. (2010). *Tristesse ou dépression ? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses*. Bruxelles : Mardaga.

KELLER, M. C., NEALE, M. C. & KENDLER, K. S. (2007). Association of different adverse life events with distinct patterns of depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1521-1529.

KENDLER, K. S., ZACHAR, P. & CRAVER, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine, 41*, 1143-1150.

KHAN, A., FAUCETT, J., LICHTENBERG, P., KIRSCH, I. & BROWN, W. A. (2012). A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS ONE, 7*, e41778.

KINDERMAN, P. (2005). A psychological model of mental disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 13*, 206-217.

KINDERMAN, P. (2014). *A prescription for psychiatry: Why we need a whole new approach to mental health and well-being*. Basingstoke (UK): Palrave Macmillan.

KINDERMAN, P. (2015). Imagine there's no diagnosis, it's easy if you try. *Psychopathology Review, 2*, 154-161.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

KINDERMAN, P., SCHWANNAUER, M., PONTIN, E. & TAI, S. (2013). Psychological processes mediate the impact of familial risk, social circumstances and life events on mental health. *PLoS ONE, 8*, e76564.

KINDERMAN, P., TAI, S., PONTIN, E., SCHWANNAUER, M., JARMAN, I. & LISBOA, P. (2015). Causal and mediating factors for anxiety, depression and well-being. *The British Journal of Psychiatry, 206*, 456-460.

MANSELL, W., HARVEY, A., WATKINS, E. R. & SHAFRAN,R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: a review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*, 181-191.

MCNALLY, R. J., ROBINAUGH, D. J., WU, G. W. Y., WANG, L., DESERNO, M. K. & BORSBOOM, D. (2015). Mental disorders as causal systems: a network approach to posttraumatic stress disorders. *Clinical Psychological Science, 3*, 836-849.

PIGOTT, H. E., LEVENTHAL, A. M., ALTER, G. S. & BOREN, J. J. (2010). Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychotherapy and Psychosomatics, 79*, 267-279.

REGIER, D. A., NARROW, W. E., CLARKE, D. E., KRAEMER, H. C., KURAMOTO, S. J., KUHL, E. A. & KUPFER, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry, 170*, 59-70.

ROBINAUGH, D. J., LEBLANC, N. J., VULETICH, H. A. & MCNALLY, R. J. (2014). Network analysis of persistent complex bereavement disorder in conjugally bereaved adults. *Journal of Abnormal Psychology, 123*, 510-522.

RUSH, A. J., GULLION, C. M., BASCO, M. R., JARRETT, R. B. & TRIVEDI, M. H. (1996), The Inventory of Depressive Inventory (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine, 26*, 477-486.

SCHMITTMANN, V. D., CRAMER, A. O. J., WALDORP, L. J., EPSKAMP, S., KIEVIT, R. A. & BORSBOOM, D. (2013). Deconstructing the construct: a network perspective on psychological phenomenon. *New Ideas in Psychology, 31*, 43-53.

SOLOMON, A., HAAGA, D. & ARNOW, B. A. (2001). Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of the continuity issus in depression research. *Journal of Nervous & Mental Disease, 189*, 498-506.

VAN DER LINDEN, M. (2015). Addictions as a psychosocial and cultural construction. Commentary on « Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research », by J. Billieux, A. Schimmenti, Y. Khazaal, P. Maurage & A. Heeren. *Journal of Behavioral Addictions, 4*, 145-147.

VAN DER LINDEN, M., CESCHI, G. & BILLIEUX, J. (2015). *Interventions psychologiques en psychopathologie cognitive*. Paris : De Boeck/Solal.

VAN DER LINDEN, M. & JUILLERAT VAN DER LINDEN, A.-C. (2014). *Penser autrement le vieillissement*. Bruxelles : Mardaga.

ZIMMERMAN, M., ELLISON, W., YOUNG, D., CHELMINSKI, I. & DALRYMPLE, K. (2015). How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder? *Comprehensive Psychiatry, 56*, 29-34.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Chapitre 2

Démêler l'écheveau des processus psychologiques en psychopathologie

Pierre Philippot

Note de l'auteur Ce chapitre a grandement bénéficié d'échanges avec Jan Demol, François Nef et Lesley Verhofstadt, avec les membres du Laboratoire de Psychopathologie Expérimentale de l'UCL, ainsi qu'avec le groupe « Chamgrelou » composé de Céline Baeyens, Martine Bouvard et Vincent Dethier dans le cadre d'un projet de recherche collaborative portant sur la conception d'un protocole de traitement modulaire et processuel des troubles anxio-dépressifs. Pour plus d'informations sur ce projet, consultez www.uclep.be/processus. Toute correspondance concernant cette publication peut être adressée à Pierre Philippot, Institut de Recherche en Sciences Psychologiques, université de Louvain, place du Cardinal Mercier, 10, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgique. Le courrier électronique peut être envoyé via Internet à pierre.philippot@uclouvain.be.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

LE CONCEPT de processus recouvre des notions bien différentes qui varient significativement d'un domaine de la science à un autre, comme l'illustre la définition de « *process* » par le site Wikipedia[1]. Ce concept est très largement utilisé en psychologie, mais curieusement, la littérature psychologique n'en propose pas de réelle définition. Par exemple, dans leur monographie, Harvey et ses collègues (2004) définissent un processus psychologique comme « un aspect de la cognition (l'attention, la mémoire, le raisonnement, la pensée) ou du comportement (e.g., l'évitement) qui peut contribuer au maintien d'un trouble psychologique » (p. 14) ; la circularité de cette définition n'échappera pas au lecteur. Une recherche dans Psycinfo combinant « *process* » et « *definition* » ne mène à aucun article proposant une définition de ce qu'est un processus psychologique, si ce n'est un article cherchant à définir ce qu'est le processus analytique en psychanalyse (Vaughan, Spitzer, Davies & Roose, 1997). Pour ajouter à cette absence de définition, le concept de processus psychologique est souvent utilisé de manière interchangeable avec d'autres concepts, comme ceux de « mécanisme », « facteur », « cause », « déterminant » ou même « symptôme ».

Proposer une nomenclature des processus psychologiques impliqués dans les troubles psychopathologiques semble donc être une entreprise bien hasardeuse et à laquelle la littérature a encore trop peu contribué. Bien conscient qu'il n'existe à l'heure actuelle aucune proposition satisfaisante, je vais proposer dans ce chapitre un cadre de référence structuré sur une organisation hiérarchique des processus psychologiques impliqués en psychopathologie. Même non aboutie, cette proposition peut présenter une utilité tant pour la pratique clinique que pour la recherche.

1. https://en.wikipedia.org/wiki/Process.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Définir le concept de processus

La notion de processus psychologique implique la transformation d'un élément psychologique. Par élément psychologique, je désigne tout élément ou donnée impliqué dans les phénomènes psychologiques, qu'ils soient implicites ou explicites, comme un percept, une sensation, un souvenir, un jugement, une image mentale, une représentation, ou encore une commande motrice. D'autres éléments, qui ne peuvent être considérés comme proprement psychologiques, peuvent être très proches des éléments psychologiques, comme par exemple des changements aux niveaux des activités physiologique ou nerveuse. Ces éléments sont désignés par le concept d'éléments parents. Il s'agit d'éléments appartenant à un niveau épistémologique différent mais proche du niveau psychologique, comme les niveaux biologique ou social. Les éléments appartenant à ces niveaux peuvent être impliqués dans les processus psychologiques pour autant que des éléments psychologiques soient également impliqués (sinon, on ne pourrait plus parler de processus psychologique). Un processus psychologique est donc un mécanisme qui transforme un élément psychologique en un autre élément psychologique (par exemple, un processus qui transforme une représentation conceptuelle en une image mentale), ou encore un mécanisme qui transforme un élément parent en un élément proprement psychologique (par exemple, un processus qui transforme des réponses physiologiques en des sensations corporelles), ou enfin un élément psychologique en élément parent (par exemple, une représentation en un langage articulé – activité musculaire et ventilatoire – comme quand on exprime vocalement une idée).

Le processus est donc essentiellement dynamique, comme l'indique son étymologie latine de « *pro* » (en avant) et « *cessus, cedere* » (marcher, progresser). Il implique une entrée, un input, et une transformation de cet input en un output. Prenons par exemple

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

la notion de pensées répétitives comme processus psychologique (voir chapitre 5 ; Watkins, 2008). Comme input, il peut y avoir des représentations activées (images, concepts, souvenirs autobiographiques) ou des stimuli perçus dans l'environnement. Les deux sont considérés comme des éléments psychologiques. Par exemple, la vision (image mentale) ou la pensée (représentation conceptuelle) du travail à faire peut être activée chez une personne. Le processus psychologique de pensées répétitives peut alors prendre place : l'image ou la pensée initiale active automatiquement d'autres pensées. Il s'agit ici d'un processus simple de diffusion de l'activation dans les structures de mémoire. Si ces pensées correspondent à des éléments prototypiques du schéma d'anxiété de performance chez cette personne, ce schéma va lui-même être activé et va alimenter en retour ces mêmes pensées liées à l'anxiété de performance. En effet, les liens entre ces pensées et le schéma sont bidirectionnels. Ces activations réciproques génèrent un processus de rétroaction entre schéma et pensées typiquement associées, qui a été décrit comme une boucle de verrouillage cognitif (pour une description exhaustive, voir Philippot, 2011, pp. 126-140 ; Teasdale, 1993). De plus, les schémas étant constitués par les éléments qui sont les plus centraux, les plus fréquents d'une situation psychologique (en d'autres termes, ils sont génériques), les pensées associées qu'ils activent sont elles-mêmes les plus fréquentes et les plus génériques. Ce processus favorise donc l'activation de pensées relativement générales, qui sont transversales à une série d'instances de la situation psychologique concernée. Il en résulte un mode de pensées répétitives abstraites et fortement teintées affectivement – dans le cas présent, par l'anxiété de performance. Par les représentations qu'il maintient actives, ce processus engendre (output) un état d'humeur déprimé, une perte d'énergie et de motivation pour la mise en place de comportements concrets. Cet exemple illustre les processus psychologiques qui engendrent le mode de pensées répétitives non constructives, en partant de l'activation de certaines représentations

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

pour générer un cycle de pensées stéréotypées qui s'autoalimente. Ces processus sont considérés comme centraux, notamment dans les ruminations dépressogènes (Watkins, 2008).

Étant donné leur nature dynamique et transformationnelle, les processus peuvent être modulés. En d'autres mots, on peut agir sur ces processus, les manipuler, de manière à en altérer la nature ou l'intensité de leur activation. Cette caractéristique de malléabilité est définitoire de la notion de processus. Par exemple, on peut agir sur les pensées répétitives (voir chapitre 5), soit en engageant les ressources cognitives sur une tâche concurrente, soit en en changeant la nature et en amenant la personne à centrer son attention sur des éléments spécifiques à la situation présente et non liés au schéma. Ce dernier type d'intervention engendre un mode de pensée plus concret et expérientiel qui a des conséquences favorables pour l'état d'humeur et le fonctionnement général de l'individu.

Les processus dans la conceptualisation de cas en psychopathologie

Dans la perspective d'une formulation d'une définition opérationnelle pour la conceptualisation de cas clinique, des précisions complémentaires à la définition énoncée ci-dessus doivent être apportées. Notamment, un processus psychologique doit pouvoir être observé ici et maintenant. Cela fait référence à des mécanismes psychologiques sur lesquels le clinicien peut agir dans le moment présent, et non à des facteurs historiques ou à de possibles évolutions futures.

Cette définition indique clairement qu'un processus psychologique est distinct d'un symptôme. Un symptôme peut être le résultat de l'activation d'un processus, mais ce n'est pas un processus en soi. Par exemple, dans le cas des ruminations dépressogènes, l'humeur

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

déprimée (un symptôme) peut être le résultat (un output) d'un mode de pensées répétitives abstraites (un processus). La notion centrale est que le symptôme ne transforme pas d'élément psychologique, il exprime le résultat d'un processus.

Sur base de la présente définition, les processus peuvent clairement être les déterminants ou les causes de phénomènes psychopathologiques et de symptômes (Virues-Ortega & Haynes, 2005). De par leur nature transformationnelle, les processus constituent le lien causal nécessaire pour rendre compte du fait qu'un input est transformé en un output ou un symptôme. De par sa définition même, le processus est donc la cause du phénomène ou symptôme qui constitue son output.

De même, les notions de facteurs déclenchants ou facilitants (Nef, Philippot & Verhofstadt, 2012) ne doivent être considérées que comme une combinaison d'inputs et de processus. En effet, ils sont toujours actifs, ici et maintenant (ou leurs effets sont toujours observables), lors de la conceptualisation de cas. Ils sont aussi modifiables par interventions psychologiques et ils transforment ou modifient des éléments psychologiques ou des éléments parents.

Il faut noter que cette définition des processus psychologiques est intimement liée à la conceptualisation de cas. Il s'agit d'une tentative d'expliquer le fonctionnement psychologique, ici et maintenant, d'une personne souffrant d'un trouble psychopathologique. Cette modélisation articule les relations dynamiques et transformatives entre les représentations mentales de la personne, sa situation interpersonnelle, ses expériences de vie et souvenirs, ses perceptions, etc. Dépendant ainsi de la modélisation, la notion de processus dépend également de la perspective adoptée par le clinicien. Ainsi, il est possible que dans une certaine perspective, un phénomène psychologique soit considéré comme un output ou un symptôme, alors que dans une autre perspective, le même phénomène est considéré comme un processus déterminant d'autres phénomènes

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

psychologiques subséquents. Par exemple, les paragraphes qui précèdent ont montré que le phénomène des ruminations mentales peut être considéré comme un processus (spécifié sous la notion de pensées répétitives abstraites et évaluatives). Une autre perspective pourrait concevoir différemment le cas d'une personne présentant des ruminations : le processus central serait alors, par exemple, la désactivation comportementale (Hopko, Lejuez, Ruggiero & Eifert, 2003 ; Martell, Addis & Jacobson, 2001) qui aurait comme conséquence, parmi d'autres, l'apparition du phénomène de rumination mentale.

La définition de processus psychologique proposée ici est donc avant tout fonctionnelle. Elle vise à fournir au clinicien un cadre conceptuel qui lui permet de modéliser un cas et de construire une analyse fonctionnelle qui intègre différents types de processus et pas seulement ceux issus des théories de l'apprentissage. Cette option fonctionnaliste entraîne un certain relativisme, la nature assignée aux phénomènes observés dépendant en partie de la perspective adoptée par le clinicien.

Situer les processus psychologiques dans un modèle psychopathologique général

La centralité des processus psychologiques dans un modèle psychopathologique général est bien exprimée dans le modèle formulé par Kinderman (2005, 2009), représenté dans la figure 2.1. Cet auteur a remis en question le modèle bio-psycho-social de la psychopathologie qui stipule que celle-ci est déterminée par la conjonction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Comme représenté dans la figure 2.1, Kinderman propose que les troubles psychopathologiques soient déterminés directement et exclusivement par des

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

processus psychologiques. Ces processus psychologiques peuvent eux-mêmes être déterminés par des facteurs biologiques, des facteurs sociaux, des événements ou contextes de vie. Cependant, l'influence de ces derniers facteurs sur les troubles psychopathologiques est nécessairement médiée par les processus psychologiques. En effet, par leur définition même, les troubles mentaux concernent un dysfonctionnement de processus mentaux, autrement dit, psychologiques, et les déterminants proximaux de ce dysfonctionnement ne peuvent donc être que psychologiques. Le modèle de Kinderman ne nie donc pas que des facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels jouent un rôle contributif dans les troubles, mais leur accorde un statut de « causes distales » agissant sur des processus psychologiques, qui agissent eux comme « causes proximales ».

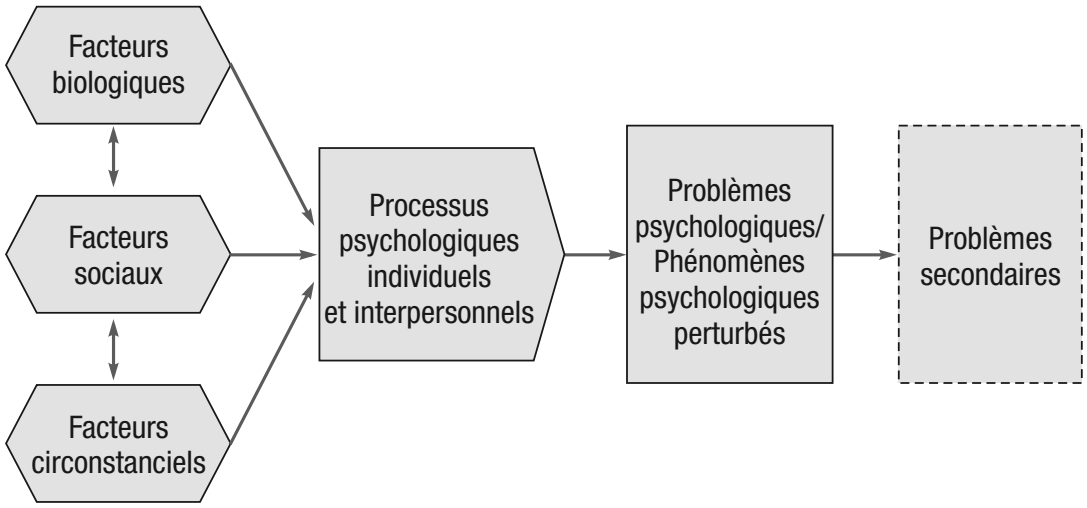

Figure 2.1. Modèle de la détermination des troubles psychopathologiques de Kinderman et Tai (2007) complété par Nef, Philippot et Verhofstadt (2012)

Nef *et al.* (2012) ont adapté le modèle de Kinderman pour y inclure des processus interindividuels agissant en interaction avec les processus individuels. Les deux types de processus ont les mêmes déterminants (biologiques, sociaux et circonstanciels). Ils

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

s'influencent mutuellement et leur interaction permet de rendre compte des troubles mentaux. Dans cette version adaptée du modèle de Kinderman, nous avons également inclus les conséquences des problèmes psychologiques. Ces conséquences, qui peuvent être à court terme ou à long terme, peuvent influencer le maintien des problèmes psychologiques ou des circonstances qui les suscitent. Par exemple, une prise régulière de cocaïne peut entraîner à terme des problèmes de santé, de pauvreté et de criminalité. Ces problèmes secondaires fragilisent davantage la personne et peuvent, à leur tour, favoriser l'addiction.

Les paragraphes qui précèdent défendent l'idée de la centralité des processus psychologiques dans la modélisation des cas en psychopathologie. Les implications pour la prise en charge clinique vont au-delà de la conceptualisation de cas. En effet, une telle perspective implique une approche transdiagnostique dans l'intervention psychothérapeutique. L'idée de base est que l'intervention clinique doit cibler les processus qui sont responsables de l'apparition et du maintien du trouble psychopathologique. Les développements récents de la littérature ont montré que beaucoup de ces processus étaient présents dans différents diagnostics (Dudley, Kuyken & Padesky, 2010 ; Harvey *et al.*, 2004) – d'où la qualification de « transdiagnostique » définissant cette approche. Dans cette perspective, la prise en charge psychothérapeutique consiste en un premier temps à identifier les processus psychologiques qui sont responsables de l'apparition et du maintien du trouble. Dans un second temps, l'intervention psychothérapeutique a pour but d'agir sur ces processus afin d'éliminer le trouble. Par exemple, si un mode de rumination mentale abstrait et auto-dépréciatif semble être le processus maintenant un état dépressif chez un individu, l'intervention ciblera spécifiquement ce mode de rumination (Watkins, 2015). Dans cette approche, la validation des interventions psychothérapeutiques n'est plus pensée en termes de diagnostic

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

(quelle intervention est efficace pour réduire la symptomatologie attachée à un diagnostic spécifique ?), mais bien en termes de processus (quelle intervention peut altérer le processus incriminé afin de modifier voire supprimer la cause de maintien du trouble ?).

Vers une nomenclature des processus psychologiques ?

Outre la définition qui vient d'être proposée, pour pouvoir être opérationnelle tant au niveau de la recherche que de la clinique, la notion de processus requiert une forme de classification ou de nomenclature. Quels sont les différents types de processus impliqués dans la psychopathologie ? Le foisonnement de la recherche dans ce domaine a mis en évidence une myriade de processus, certains très spécifiques (par exemple, un déficit de désengagement attentionnel dans l'anxiété [Heeren, De Raedt, Koster & Philippot, 2013]), d'autres très généraux (par exemple, l'hypothèse que l'évitement émotionnel sous-tend toute la psychopathologie [Barlow, Allen & Choate, 2004 ; Hayes, Follette & Linehan, 2004 ; Philippot, 2011]).

Ainsi, outre la grande diversité des processus qui ont été mis en évidence par la recherche en psychopathologie, se pose également la question du niveau de spécificité auquel ces processus doivent être considérés. Par exemple, comme évoqué dans les paragraphes précédents, le phénomène clinique de la rumination mentale est considéré comme un processus psychologique pouvant déterminer une série de troubles (Ehring & Watkins, 2008). On est ici à un niveau très général. À un niveau plus spécifique, les travaux de Watkins (2008) ont montré que les ruminations pathologiques étaient sous-tendues par un style cognitif particulier, qualifié d'abstrait et d'analytique : l'individu se questionne sur les causes et les conséquences de son

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

état à un niveau d'abstraction assez élevé (par exemple : « pourquoi ne puis-je pas trouver le courage de m'en sortir ? » ou « que va-t-il m'arriver si je n'arrive pas à sortir de ma dépression, vais-je pouvoir garder mon emploi ? »). Ce mode cognitif peut aussi être considéré comme un processus. Dans le cas présent, le niveau d'analyse est plus spécifique. Par ailleurs, un niveau d'analyse encore plus spécifique peut être utilisé. En effet, la rumination est caractérisée par un déficit de flexibilité cognitive : la difficulté à désengager son attention d'une réponse dominante (les pensées ruminatives qui surviennent automatiquement) et à réengager son attention sur la tâche ou l'action pertinente (Heeren & Philippot, 2011).

Face aux problèmes liés à la multiplicité des processus potentiels et à la question du niveau de spécificité optimal, deux réponses ont été proposées dans la littérature, l'une en termes de processus fondamental unique, l'autre en termes de fonctions cognitives.

▶ Barlow : l'évitement expérientiel comme processus fondamental unique

Pour beaucoup d'auteurs, l'évitement émotionnel joue un rôle clé dans la psychopathologie. Barlow a proposé que l'évitement émotionnel soit le moteur central de la plupart des troubles psychopathologiques (Barlow *et al.*, 2004). Sur cette base, il a développé un protocole unifié de traitement pour l'ensemble des troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles alimentaires, etc. (Barlow & Allen, 2007). Cette forme d'intervention a pour cible principale le processus d'évitement émotionnel.

L'idée de base de Barlow est illustrée dans la figure 2.2. Confronté à une émotion anticipée comme difficile ou menaçante, l'individu se trouve devant une alternative : soit cette émotion est perçue comme extrêmement pénible et potentiellement intolérable, insupportable au point de devenir inacceptable, soit cette émotion négative est

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

perçue, certes comme une épreuve désagréable, mais pouvant être tolérée et supportée. Dans le premier cas, l'individu va tenter de supprimer ou d'éviter l'émotion : il peut éviter les situations où l'émotion est susceptible d'apparaître, ne pas prêter attention ou dénier ses sentiments, essayer de supprimer son anxiété en prenant des médicaments, en se distrayant, etc.

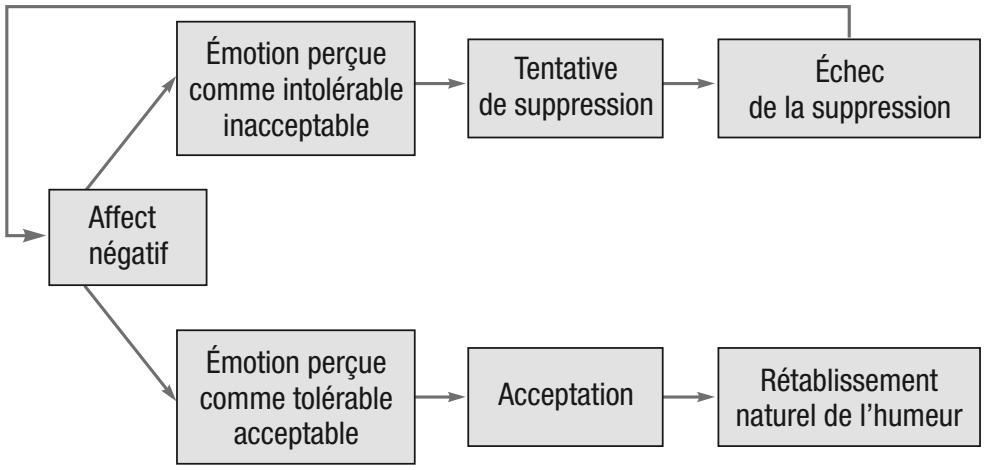

Figure 2.2. Modèle du maintien de la détresse émotionnelle de Barlow

L'évitement peut être une stratégie efficace, dans un premier temps du moins, quand il s'agit d'éviter des éléments extérieurs à soi. On peut, par exemple, éviter les chiens si on en a peur. Mais cette stratégie est tout à fait inopérante avec le vécu émotionnel car celui-ci est un état interne, et comme tel, il ne peut pas être réellement évité. L'évitement des émotions ne mène donc pas à leur disparition. Au contraire, comme l'émotion n'est pas traitée, l'évitement émotionnel empêche la prise de conscience des besoins, désirs et difficultés qui sont à l'origine de l'émotion. La situation problématique a donc toutes les chances de se maintenir, ainsi que l'émotion qui en résulte. Selon Barlow, un cercle vicieux est alors initié : l'émotion évitée se maintient, l'individu se sent de plus en plus impuissant face à cette situation, ce qui accroît la détresse suscitée par l'émotion. Ce cercle vicieux peut donner lieu à un trouble émotionnel. La solution est d'amener l'individu à accepter d'éprouver, de ressentir l'émotion.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Dans ce cas, l'humeur se rétablirait naturellement (Barlow & Allen, 2007).

En résumé, Barlow propose que la pathologie des émotions résulte avant tout d'un processus d'évitement émotionnel. Celui-ci serait consécutif à une non-acceptation d'une émotion perçue comme trop aversive, incontrôlable, au point d'être intolérable. Le refus de l'émotion entraînerait une série de conséquences négatives : maintien voire amplification de l'émotion refusée, non-résolution de la problématique qui la sous-tend, coût important aux niveaux cognitif et comportemental, etc. Si l'évitement émotionnel reste la « solution » adoptée par l'individu, un cercle vicieux s'installe, menant à des sentiments d'inopérance et de désespoir émotionnel. Par contre, l'acceptation des expériences émotionnelles redoutées donnerait lieu à un rétablissement naturel de l'état d'humeur. L'évitement émotionnel semble donc être un processus central dans la pathologie des émotions.

La proposition de Barlow a le mérite d'offrir une perspective clinique parcimonieuse et d'avoir été opérationnalisée dans un traitement manualisé. De plus, cette intervention a une efficacité attestée pour les troubles anxieux (McEvoy, Nathan & Norton, 2009), démontrant ainsi sa valeur clinique. Cependant, la proposition qu'un seul traitement, visant un processus central et unique, devant convenir à tous les troubles psychopathologiques est évidemment intenable. D'une part, l'évitement émotionnel n'est vraisemblablement pas le processus central dans le maintien de nombreux troubles psychopathologiques. Dans les troubles psychotiques, par exemple, les problèmes de traitement de l'information (erreur de sources, hallucinations, etc.) sont vraisemblablement bien plus centraux que les évitements émotionnels (Bentall, 1990). D'autre part, le concept d'évitement émotionnel est très large. Il s'agit en fait plus d'une fonction que d'un processus si on se réfère à la définition proposée dans ce chapitre (ce point sera développé plus bas). L'évitement

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

émotionnel peut en effet être accompli par des processus très différents, comme un biais attentionnel (évitement du regard chez les anxieux sociaux), des comportements (éviter certaines situations chez les agoraphobes), des modes cognitifs (mode de pensée surgénéral chez les déprimés). Tant d'un point de vue théorique que clinique, il semble donc plus utile de se centrer sur un niveau plus spécifique que la notion surgénérale d'évitement émotionnel. L'intervention gagnerait sans doute en efficacité si elle ciblait plus spécifiquement la forme d'évitement active chez un individu donné. Ainsi le traitement pourrait se centrer sur des processus plus cognitifs chez certains et plus comportementaux chez d'autres. Enfin, et de manière tout à fait pertinente pour la question présente, la proposition de Barlow ne répond absolument pas à la question de la classification des processus.

La classification basée sur les fonctions cognitives

Cette question a été abordée de front par Harvey *et al.* (2004) qui proposent un système de classification des processus transdiagnostiques, c'est-à-dire des processus cognitifs et comportementaux présents dans plusieurs troubles psychologiques. Cette nomenclature part des fonctions mentales communément reconnues en psychologie dans le domaine de l'attention (l'attention sélective et l'évitement attentionnel), dans celui de la mémoire (la mémoire sélective, les souvenirs récurrents et les souvenirs sur-généraux), dans celui du raisonnement (le biais d'interprétation, le biais d'attente et le raisonnement émotionnel), dans celui de la pensée (les pensées négatives récurrentes, les métacognitions et la suppression de la pensée), dans celui du comportement (les comportements d'évitements et de sécurité). Les auteurs admettent la possibilité d'y ajouter des réactions émotionnelles, comme la honte, ou des relations interpersonnelles, comme la dominance-soumission (Mansell, Harvey, Watkins & Shafran, 2008).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Cette classification a le mérite de proposer un découpage pour aborder l'abondante littérature en psychopathologie cognitive. Cependant, elle est essentiellement descriptive et n'envisage pas la fonction servie par ces processus dans les troubles psychologiques. En clinique, étant donné la nécessité de l'analyse fonctionnelle dans la conceptualisation de cas, son utilité est donc très limitée. Mais surtout, cette classification est réduite aux facteurs cognitifs ; elle néglige les aspects motivationnels, émotionnels, interpersonnels et même en grande partie les aspects développementaux. En résumé, ce genre de classification a surtout trouvé une utilité pour organiser les revues de la littérature en psychopathologie cognitive. Nous n'en connaissons pas d'application clinique.

Une classification croisée des processus psychologiques impliqués en psychopathologie

Pour répondre aux limites des propositions de Barlow (Barlow *et al.*, 2004) et de Harvey *et al.* (2004), nous proposons une classification tridimensionnelle des processus psychologiques impliqués dans la psychopathologie. La première dimension concerne le domaine psychologique concerné, la deuxième distingue les processus intrapersonnels des processus interpersonnels, et la troisième le niveau de spécificité auquel le processus est abordé. Cette classification est représentée dans la figure 2.3.

▶ Les distinctions de domaines

La première dimension, celle des domaines concernés, est proche de celle proposée par Harvey *et al.* (2004). Elle s'en distingue cependant sur deux plans. D'une part, plutôt que d'être basée sur les

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

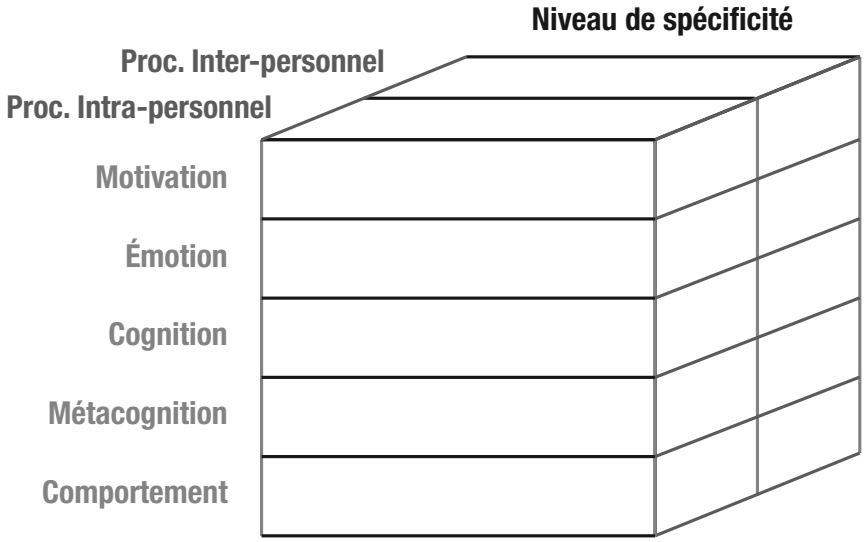

Figure 2.3. Une classification croisée des processus psychologiques impliqués en psychopathologie

grands domaines de la psychologie cognitive expérimentale, ces catégories sont issues de l'analyse des recherches en psychopathologie. Nous avons extrait les principaux domaines psychologiques pour lesquels la littérature a mis en évidence des processus de déclenchement ou de maintien des troubles. D'autre part, et corrélativement, les catégories envisagées ne se limitent pas aux aspects cognitifs, comme c'est le cas pour la classification de Harvey *et al.* (2004). Comme illustré dans la figure 2.3, cette dimension distingue 5 catégories : les processus motivationnels, émotionnels, cognitifs, méta-cognitifs et comportementaux.

En psychologie clinique, les processus motivationnels ont principalement été considérés dans le cadre des difficultés à reconnaître un problème psychologique ou à initier et à maintenir un changement pour remédier à ce problème. Un continuum motivationnel a été distingué, partant d'un état d'amotivation (absence de motivation), allant à un état de motivation extrinsèque (déterminée par des facteurs extérieurs à l'individu) pour aboutir à une motivation intrinsèque (les sources de la motivation sont alors internes à

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

l'individu) (Ryan & Deci, 2000). Les processus motivationnels sont capitaux pour la mise en place d'une procédure de changement et son maintien jusqu'à ce que l'objectif soit atteint. Prochaska et DiClemente (1984) ont proposé un modèle transthéorique de la motivation au changement. Au niveau de l'intervention psychologique, un ensemble de procédures visant les processus motivationnels a été développé et validé sous le nom d'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2013).

Un intérêt important s'est récemment développé pour les processus émotionnels, notamment au sein de ce qu'il est convenu d'appeler la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives (Mirabel-Sarron & Philippot, 2014). Ces processus concernent l'évaluation émotionnelle (*appraisal*), les différentes réponses émotionnelles et la régulation des émotions. Les processus d'évaluation émotionnelle confèrent à une situation une signification émotionnelle. Ceci se fait en fonction des implications perçues de la situation pour les buts, les valeurs que poursuit la personne ou les rôles qu'elle investit. Les réponses émotionnelles concernent les processus expressifs (par exemple, la posture, la prosodie ou les expressions faciales), les tendances à l'action et les réponses physiologiques qui accompagnent l'émotion. Un examen détaillé de ces processus est exposé dans Philippot (2011). Enfin, la recherche a mis en évidence de nombreuses dysfonctions de la régulation des émotions dans la plupart des troubles psychopathologiques (pour une revue récente, voir Ehring, 2013). Au niveau de l'intervention, les deux dernières décennies ont vu le foisonnement de thérapies émotionnelles (Greenberg, 2002 ; Monestès & Villatte, 2011 ; Philippot, 2011).

De très nombreux processus cognitifs ont été identifiés par la recherche en psychopathologie cognitive. Ces processus recouvrent des processus cognitifs simples et non réflexifs (que nous nommons ci-après « cognitifs », par simplicité) et des processus réflexifs,

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

dits « méta-cognitifs » (que nous traiterons dans un paragraphe suivant).

Comme développé par Harvey *et al.* (2004), les processus cognitifs concernent le contrôle attentionnel (Peschard & Philippot, 2015), la mémoire (surgénérale, sélective, souvenirs intrusifs), le jugement (biais d'interprétation, d'attente et le raisonnement émotionnel) et la pensée (pensées répétitives, suppression de la pensée). À un niveau plus fondamental, un déficit d'inhibition semble présent au sein de nombreuses psychopathologies, qu'il soit limité à une situation ou qu'il soit généralisé (Billieux, Gay, Rochat & Van der Linden, 2010). Ce déficit fondamental peut générer des déficits dans des processus cognitifs plus complexes qui dépendent des facultés d'inhibition, comme le contrôle attentionnel. Des processus biaisés de contrôle attentionnel vont déterminer l'intensité de traitement allouée à différentes facettes de l'expérience, ce qui détermine ensuite leur prise en compte dans le jugement et la force de leur consolidation en mémoire. En effet, des éléments ayant bénéficié de peu de ressources attentionnelles ont peu de chance d'influencer un jugement ou d'être mis en mémoire à long terme. Cette hiérarchisation possible des processus cognitifs a été développée dans Philippot (2011, pp 200-203). Elle est aussi reprise dans le concept de biais cognitifs combinés développé par Hirsch et Mathews (2012). Sur le plan de l'intervention, une abondante littérature s'est développée, examinant l'efficacité du réentraînement des processus cognitifs perturbés, comme le réentraînement attentionnel (Heeren, Mogoase, McNally, Schmitz & Philippot, 2015), l'entraînement au mode cognitif spécifique et expérientiel (voir chapitre 5 ; Watkins, Baeyens & Read, 2009), ou la restructuration cognitive des erreurs de jugement (Beck & Clark, 1997).

Les processus métacognitifs sont de deux ordres. Ils peuvent concerner soit nos cognitions à propos de notre fonctionnement cognitif

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

(métacognitions de type I), soit des représentations de soi (métacognition de type II). Le premier type comprend un ensemble de croyances sur l'utilité ou les dangers de certaines pensées, sur la fiabilité de notre mémoire et de nos perceptions, etc. Par exemple, la croyance que les inquiétudes aident à prévenir ou à solutionner les problèmes contribue au fait que l'individu recourt plus volontiers aux ruminations en cas de difficultés (Wells, 1995). Ce type de métacognitions est la cible d'un nouveau type d'intervention appelée thérapie métacognitive (Wells, 2000). La métacognition agit ici comme un modérateur important. Le deuxième type concerne les métacognitions relatives au soi. Il s'agit de l'estime de soi (l'évaluation et le sentiment que l'on a de sa propre valeur), du sentiment d'opérance et d'auto-efficacité (l'évaluation et le sentiment qu'on a de notre capacité à agir et à modifier les contingences qui nous déterminent) et de manière plus générale, à un niveau interpersonnel (voir infra), de la représentation que nous avons de nous-mêmes et des écarts existant entre comment nous nous percevons (soi perçu), comment nous aimerions idéalement être (soi idéal), et comment nous pensons que notre entourage aimerait que nous soyons (soi socialement prescrit) (Higgins, 1987). Ce deuxième type de métacognitions, en particulier les métacognitions relatives à l'estime de soi, sont de longue date la cible d'interventions psychologiques spécifiques (e.g., Fennell, 1998).

Enfin, les processus comportementaux concernent tous les comportements observables émis par l'individu (*overt behavior*). Il existe en psychopathologie une longue tradition basée sur les théories de l'apprentissage qui a mis en évidence la contribution d'une série de comportements à l'apparition et au maintien des troubles (Vervliet, Craske & Hermans, 2013). Les théories de la motivation, la théorie de la dissonance cognitive, les théories de la personnalité expliquent aussi l'adoption et/ou le maintien de comportements ouverts. Toutes ces connaissances ont donné lieu à un ensemble

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

d'interventions bien validées (voir par exemple la contribution des processus d'apprentissage par inhibition au traitement des troubles anxieux : Philippot, Dethier, Vervliet *et al.*, 2015).

Il est important de noter que ces différents domaines se recoupent et interagissent. La catégorisation proposée est descriptive et découpe artificiellement des phénomènes où tous ces processus sont en interaction constante. Par exemple, il est bien établi que des déficits au sein des processus de contrôle attentionnel (domaine cognitif) impactent négativement la régulation des émotions (domaine émotionnel) (Ehring, 2013 ; Peschard & Philippot, 2015), notamment dans le maintien d'un état d'humeur et de pensées dépressogènes (Dalgleish, Williams, Perkins, *et al.*, 2007). Les relations entre les domaines cognitifs et émotionnels ont été détaillées dans Philippot (2011, pp 202-204).

▶ Les distinctions entre processus inter et intrapersonnels

La seconde dimension concerne la nature intra *versus* interpersonnelle du processus. Les processus intrapersonnels concernent la gestion de l'individu lui-même, les processus interpersonnels concernent la gestion de la régulation de ses relations interpersonnelles. D'emblée, il faut préciser qu'il s'agit ici de processus psychologiques appartenant à un des cinq domaines définis dans la première dimension. Les processus interpersonnels considérés ne concernent donc pas des processus sociaux (comme l'anomie, Deflem, 1989) ou des processus de dynamique de groupe en tant que tels. Ils concernent les aspects motivationnels, émotionnels, cognitifs, métacognitifs et comportementaux impliqués dans les relations interpersonnelles. On peut citer comme exemples pour chaque

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

domaine considéré : la motivation d'affiliation, la contagion émotionnelle, le phénomène de mémoire collective, les représentations et stéréotypes sociaux, et les comportements de dominance.

L'ajout de cette dimension veut souligner l'importance des aspects interpersonnels dans la psychopathologie. En effet, à l'exception des thérapies interpersonnelles, familiales et de couple, la dimension interpersonnelle est très souvent négligée en psychothérapie. Pourtant, les processus interpersonnels sont très présents dans une série de psychopathologies individuelles qui n'ont rien à avoir avec les dynamiques familiales ou de couple. Par exemple, les processus déterminant la perception et l'établissement de la dominance et de l'affiliation (deux aspects éminemment interpersonnels) semblent centraux dans l'anxiété sociale (Gilboa-Schechtman, Friedman, Helpman & Kananov, 2013). De même, il existe une abondante littérature sur les troubles de l'attachement en psychopathologie (Mikulincer & Shaver, 2012). L'espèce humaine est avant tout grégaire. Nous ne pouvons survivre qu'au sein d'un groupe. Notre peur la plus fondamentale est très vraisemblablement l'ostracisme, le rejet par le groupe (Croston, 2012). Notre identité, les rôles que nous investissons, dépendent avant tout du regard d'autrui (Bem, 1972). Cette importance des aspects interpersonnels plaide pour un rééquilibrage dans la conceptualisation de cas entre les processus intra-individuels (souvent favorisés) et les processus interpersonnels (souvent négligés, sauf dans les thérapies familiales et de couple).

▶ Les distinctions de spécificité

Enfin, la troisième dimension concerne le niveau de spécificité auquel le processus est conceptualisé. Ce point a déjà été développé dans un paragraphe précédent : nous avons illustré trois niveaux de spécificité dans les processus de pensées répétitives : la rumination (niveau surgénéral), le mode cognitif abstrait/évaluatif (niveau

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

de spécificité médian), et le déficit dans le contrôle exécutif de l'attention, en particulier dans les processus de désengagement-réengagement attentionnel (niveau de spécificité élevé). Déterminer le niveau optimal de spécificité est purement fonctionnel, celui-ci étant relatif aux objectifs poursuivis, que ceux-ci soient cliniques ou de recherche. Au niveau clinique, au moins trois critères doivent être pris en compte pour déterminer le niveau de spécificité optimal auquel considérer un processus. Premièrement, le processus doit être observable dans un contexte clinique, que ce soit directement par le patient, ou par quelqu'un de son entourage, ou par le thérapeute, par voies directes (observation, interview) ou médiées (questionnaires, tests, etc.). Deuxièmement, le processus doit être suffisamment concret pour être l'objet d'une intervention. En d'autres termes, il doit être opérationnalisable dans le contexte clinique où a lieu l'intervention. Plus le processus sera concrètement opérationnalisable, mieux pourra lui correspondre une intervention concrète, et plus les changements induits par l'intervention sur le processus ciblé pourront être évalués. Par exemple, certains processus très spécifiques, comme un biais attentionnel précoce pour l'information menaçante dans certains problèmes anxieux, peuvent difficilement être évalués dans un contexte de prise en charge clinique individuelle. Enfin, le niveau de spécificité doit être adapté à la dynamique du cas envisagé. En effet, il est possible que, chez certaines personnes, le trouble soit maintenu par un processus très spécifique (par exemple, un conditionnement classique à un objet très spécifique dans le cadre d'une phobie spécifique), alors que chez d'autres, le trouble est maintenu par une classe très large de processus (par exemple, un évitement expérientiel généralisé dans certaines formes d'anxiété généralisée). En résumé, la détermination du niveau de spécificité dépend d'un jugement clinique fonctionnel, basé sur les caractéristiques de la situation clinique et des ressources disponibles, tant pour le client que pour le thérapeute.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Processus et fonction

Arrivant au terme de cette tentative de décrire et classer les processus psychologiques impliqués en psychopathologie, une distinction supplémentaire s'impose, celle qui contraste processus et fonction. Les fonctions correspondent à des buts, à des finalités ; le processus est un simple transformateur. Les fonctions sont accomplies par les processus qu'elles mobilisent et organisent pour tendre vers leur finalité. Les processus sont donc les opérants par lesquels les fonctions s'accomplissent. Processus et fonctions ont en commun un aspect dynamique et une orientation vers le futur, les processus de par leur caractère transformateur, les fonctions de par leur orientation vers une finalité. Cependant leur rapport temporel est sensiblement différent. Les processus se déroulent et s'observent dans l'ici et maintenant. Les fonctions impliquent la considération d'une perspective temporelle plus large : la fonction s'observe ou s'infère suite au déploiement dans la durée d'une série de processus.

Sur cette base, il est erroné de considérer l'évitement émotionnel comme un processus. La notion d'évitement émotionnel décrit une finalité (diminuer le vécu émotionnel) qui peut être accomplie par bien des processus différents. À ce titre, l'évitement émotionnel a toutes les caractéristiques d'une fonction (plutôt que d'un processus) et doit être considéré comme telle.

Conclusion

Les approches processuelles et transdiagnostiques connaissent actuellement un développement remarquable. On peut réellement parler d'un « *new look* » en psychothérapie. Curieusement, la notion même de processus est très pauvrement définie. Qui plus est, aucune classification exhaustive des processus psychologiques impliqués

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

en psychopathologie n'est disponible, alors qu'il s'agit du concept central de cette nouvelle approche.

Ce chapitre propose une définition du concept de processus et une classification descriptive des processus impliqués en psychopathologie. La définition proposée est opérationnelle ; elle a l'ambition d'être utile tant au chercheur qu'au clinicien. Elle distingue la notion de processus des notions de symptôme, fonction, et autres concepts connexes, souvent erronément utilisées de manière interchangeable dans la littérature. La classification présentée est inclusive et permet d'inclure tous les processus psychologiques pour lesquels la recherche a montré une implication en psychopathologie.

Bien évidemment, comme toute entreprise pionnière, cette proposition présente une série de limites. D'une part, elle ne propose pas un modèle des processus, mais plutôt un cadre dans lequel situer ces processus. Cette absence de fondement théorique est imposée par le fait qu'il n'existe pas de théorie psychologique unifiée et exhaustive qui permette d'articuler toutes les facettes reprises dans notre classification. Une autre limite est le recoupement des catégories à l'intérieur des dimensions. Les paragraphes précédents ont par exemple montré les recouvrements importants entre les processus cognitifs et les processus émotionnels dans la dimension des domaines psychologiques. De même, la distinction entre les processus intra- et interpersonnels est plus une question de continuum que de catégories clairement distinctes. Enfin, une troisième limite de la perspective proposée est qu'elle requiert du praticien, qu'il soit chercheur ou clinicien, une connaissance approfondie de la recherche en psychopathologie. La combinaison des trois dimensions montre la très grande variété des processus psychologiques qui peuvent être envisagés. La recherche en psychopathologie a bien exploité cette diversité. Mais cette richesse implique un vaste ensemble de connaissances qu'il est difficile, voire impossible de maîtriser par une seule personne. La pratique nous apprendra les

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

niveaux de conceptualisation les plus utiles et permettra certainement de simplifier l'abord des connaissances requises pour une mise en œuvre effective de l'approche processuelle.

Références bibliographiques

Barlow, D. H. & Allen, L. B. (2007). The scientific basis of psychological treatments for anxiety disorders: past, present and future. In J.M. Gorman (Ed.), *Fears and anxiety: Benefits of translational research*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Barlow, D. H., Allen, L.B. & Choate, M.L. (2004). Towards a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.

Beck, A. T. & Clark, D.A. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 49-58.

Bem, D. J. (1972). Self-Perception Theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 6, pp.1-62). New York: Academic Press.

Bentall, R. P. (1990). The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin, 107*, 82-95.

Billieux, J., Gay, P., Rochat, L. & Van der Linden, M. (2010). The role of urgency and its underlying psychological mechanisms in problematic behaviours. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 1085-1096.

Croston, G. (2012). The Thing We Fear More Than Death. *Psychology Today*, November 29th.

Dalgleish, T., Williams, J. M. G., Perkins, N., Golden, A.J., Barnard, P.J., Au-Yeung, C., Murphy, V., Elward, R., Feldman-Barrett, L., Tchanturia, K. & Watkins, E. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive processes. *Journal of Experimental Psychology: General, 136*, 23-42.

Deflem, M. (1989). From Anomie to Anomia and Anomic Depression: A Sociological Critique on the Use of Anomie in Psychiatric Research. *Social Science and Medicine, 29*, 627-634.

Dudley, R., Kuyken, W. & Padesky, Ch.A. (2010). Disorder specific and transdiagnostic case conceptualisation. *Clinical Psychology Review, 31*, 213-224.

Ehring, T. (Ed.) (2013). Editorial: Special Issue Emotion Regulation and Psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, *4*, 448-450.

Ehring, T. & Watkins, E. R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*, 192-205.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

FENNELL, M. J. V. (1998). Cognitive therapy in the treatment of low self-esteem. *Advances in Psychiatric Treatment*, *4*, 296-304.

GILBOA-SCHECHTMAN, E., FRIEDMAN, L., HELPMAN, L. & KANANOV, J. (2013). Self-evaluations of Social Rank and Affiliation in Social Anxiety Disorder: Explicit and Implicit Measures. *International Journal of Cognitive Therapy*, *6*, 208-220.

GREENBERG, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.

HARVEY, A., WATKINS, E., MANSELL, W. & SHAFRAN, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.

HAYES, S. C., FOLLETTE, V. M. & LINEHAN, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guildford.

HEEREN, A., DE RAEDT, R., KOSTER, E. & PHILIPPOT, P. (2013). The (neuro)cognitive mechanisms behind attention bias modification in anxiety: Proposals based on theoretical accounts of attentional bias. *Frontiers in Human Neuroscience, 7*, 1-6.

HEEREN, A., MOGOASE, C, MCNALLY, R.J., SCHMITZ, A. & PHILIPPOT P. (2015). Does Attention Bias Modification Improve Attentional Control? A Double-blind Randomized Experiment with Individuals with Social Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 29*, 35-42.

HEEREN, A. & PHILIPPOT, P. (2011). Changes in ruminative thinking mediate the clinical benefits of mindfulness: Preliminary findings. *Mindfulness*, *2*, 8-13.

HIGGINS, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review, 94*, 319-340.

HIRSCH, C. R. & MATHEWS, A. (2012). A cognitive model of pathological worry. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 636-646.

HOPKO, D. R., LEJUEZ, C.W., RUGGIERO, K.J. & EIFERT, G.H. (2003). Contemporary behavioral activation treatment for depression: Procedure, principles, and progress. *Clinical Psychology Review, 23*, 699-717.

KINDERMAN, P. (2005). A Psychological Model of Mental Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, *13*, 206-217.

KINDERMAN, P. (2009). Understanding and addressing psychological and social problems: The mediating psychological processes model. *International Journal of Social Psychiatry*, *55*, 464-470.

KINDERMAN, P. & TAI, S. (2007). Empirically Grounded Clinical Interventions. Clinical Implications of a Psychological Model of Mental Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *35*, 1-14.

MANSELL, W., HARVEY, A., WATKINS, E. & SHAFRAN, R. (2008). Cognitive Behavioral Processes: A Review of the Utility and Validity of the Transdiagnostic. Approach. *International Journal of Cognitive Psychotherapy, 1,* 181-191.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

MARTELL, C. R., ADDIS, M. E. & JACOBSON, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W.W. Norton.

MCEVOY, P. M., NATHAN, P. & NORTON, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*, 20-33.

MIKULINCER, M. & SHAVER, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry, 11*, 11-15.

MILLER, R. W. & ROLLNICK, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change (3rd Ed)*. New York: Guilford Press.

MIRABEL-SARRON, C. & PHILIPPOT, P. (2014). Les nouvelles approches en thérapies émotionnelles. In A. Pelissolo, Y. Quintilla (Eds.), *Les thérapies en psychiatrie*. Paris : Masson.

MONESTÈS, J.-L. & VILLATTE, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement, ACT*. Paris : Masson.

NEF, F., PHILIPPOT, P. & Verhofstadt, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Cognitive et Comportementale, 17*, 4-23.

PESCHARD, V. & PHILIPPOT, P. (2015). Social anxiety and information processing biases: An integrated theoretical perspective. *Cognition and Emotion,* In press.

PHILIPPOT, P. (2011). *Émotion et psychothérapie* (2sd. Ed.). Wavre, Belgique : Mardaga.

PHILIPPOT, P., DETHIER, V., VERVLIET, B., TREANOR, M., CONWAY, C, ZBOZINEK, T. & CRASKE, M.G. (2015). Maximiser la thérapie par exposition : une approche basée sur l'apprentissage. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, In press.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C.C. & NORCROSS, J.C. (1992). In search of How People Change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47*, 1102-1114.

RYAN, R. M. & DECI, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*, 68-78.

TEASDALE, J. D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 339-354.

VAUGHAN, S. C., SPITZER, R., DAVIES, M. & ROOSE, S. (1997). The definition and assessment of analytic process: Can analysts agree? *The International Journal of Psychoanalysis, 78*, 959-973.

VERVLIET, B., CRASKE, M. G., and HERMANS, D. (2013). Fear extinction and relapse: State of the art. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 215-248.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

VIRUES-ORTEGA, R. & HAYNES, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 567-587.

WATKINS, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, *134*, 163-206.

WATKINS, E. R. (2015). Psychological treatment of depressive rumination. *Current Opinion in Psychology, 4*, 32-36.

WATKINS, E. R., BAEYENS, C. S. & READ, R. (2009). Concreteness training reduces dysphoria: proof-of-principle for repeated cognitive bias in depression. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 55-64.

WELLS, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320.

WELLS, A. (2000). *Emotional disorders & metacognitions*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Chapitre 3

Les processus du langage et de la cognition impliqués dans la psychopathologie

Matthieu Villatte

DANS CE CHAPITRE, nous présentons une approche du langage et de la cognition basée sur la science comportementale contextuelle (Hayes, Barnes-Holmes & Wilson, 2012 ; Zettle, Hayes, Barnes-Holmes & Biglan, 2016) qui permet d'identifier des processus transdiagnostiques de développement et de maintien des troubles psychologiques. Nous verrons comment cette approche, la Théorie des Cadres Relationnels (TCR ; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001 ; Dymond & Roche, 2013 ; Törneke, 2010) permet de conceptualiser et d'étudier expérimentalement le langage et la cognition, puis comment ces recherches montrent le rôle du langage et de la cognition dans l'évitement expérientiel, la persistance de comportements inefficaces, et la détérioration de la motivation. Nous présenterons enfin un bref aperçu de la démarche thérapeutique basée sur cette approche.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Une approche comportementale du langage et de la cognition

La TCR approche le langage et la cognition comme un seul et même comportement[1], celui de créer et de répondre à des relations symboliques[2] entre des événements et des objets. Dans cette perspective, un exemple simple de langage est le comportement de nommer. Si une personne qui étudie l'anglais apprend qu'une chaise se dit « chair », cela conduit à l'élaboration d'une relation symbolique entre le son formé par les lettres c-h-a-i-r et l'objet « chaise ». Cette personne pourra désormais visualiser une chaise lorsqu'elle entendra le mot « chair » et utiliser ce mot pour demander un objet sur lequel s'asseoir.

Le comportement de construire et de répondre à des relations symboliques a été étudié dans de nombreuses recherches expérimentales en s'attachant en particulier à démontrer ses étapes d'apprentissage (Dymond, May, Munnelly & Hoon, 2010). Expliquer ces étapes en détail n'est pas le but de ce chapitre, et nous nous contenterons donc présenter les conclusions les plus pertinentes de ces recherches pour comprendre le rôle du langage dans la psychopathologie.

Un des éléments principaux qui ressort de la recherche en TCR est l'observation du phénomène de dérivation. Lorsqu'une relation symbolique entre un stimulus A et un stimulus B est établie, la relation entre B et A peut être dérivée. Par exemple, si un enfant apprend qu'un euro vaut plus que 50 centimes, il dérivera que 50 centimes d'euros valent moins qu'un euro. Si, de surcroit, une relation est

1. De ce fait, nous utiliserons principalement le terme « langage » de manière générique dans ce chapitre, comme il est typiquement d'usage dans la littérature sur la théorie des cadres relationnels.
2. Ces relations sont qualifiées de symboliques car elles ne sont pas déterminées par les propriétés formelles des stimuli.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

établie entre le stimulus B et un autre stimulus C, une relation pourra être dérivée entre A et C. Par exemple, si l'enfant apprend qu'un bonbon lui coute 50 centimes d'euros, alors il pourra dériver qu'1 euro lui permet d'acheter 2 bonbons.

Bien qu'une telle observation puisse paraître extrêmement simple, le processus de dérivation semble être au cœur des expériences émotionnelles impliquées dans de nombreux troubles psychologiques, tel que l'activation de la peur dans des situations ne présentant aucun danger physique et n'ayant jamais été rencontrées auparavant (Blackledge, 2003). Cela peut être le cas par exemple avant de devoir prendre la parole en public pour la première fois. Nous y reviendrons plus loin.

Un deuxième élément émergeant de la recherche en TCR sur les relations symboliques est la transformation de fonction des stimuli. Si un stimulus A a une fonction particulière, alors la relation qu'il entretient avec B pourra entraîner une transformation de la fonction du stimulus B. Par exemple, si une personne entend une rumeur selon laquelle un vaccin peut causer une maladie, le vaccin pourra désormais être perçu comme dangereux, même si cette personne n'a pas eu d'expérience négative avec ce vaccin, ou avec aucun autre.

Les relations symboliques peuvent être de différentes natures. Un stimulus peut être relié à un autre en équivalence (A = B), mais aussi par opposition (Dymond & Barnes, 1996), comparaison (Dymond & Barnes, 1995), hiérarchie (Slattery & Stewart, 2014), temporalité (O'Hora, Roche, Barnes-Holmes & Smeets, 2002), analogie (Stewart, Barnes-Holmes & Roche, 2004) ou encore, perspective (Villatte, Monestès, McHugh & Freixa i Baqué, 2009). En fonction du type de relation construite et dérivée, la fonction des stimuli impliqués dans cette relation peut ainsi changer de manière différente. Par exemple, si un vaccin est relié en opposition à la maladie, le vaccin sera perçu comme protecteur, plutôt que comme dangereux.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Les relations symboliques peuvent également être combinées et ainsi donner naissance à des réseaux relationnels complexes tels que des règles, des instructions, des métaphores et des histoires (O'Hora, Barnes-Holmes, Roche & Smeets, 2004 ; Barnes-Holmes & Barnes-Holmes, 2002). Ces réseaux complexes influencent aussi les comportements, mais de manière généralement plus élaborée que les simples relations. Par exemple, un enfant ayant peur de se faire vacciner pourrait entendre de ses parents qu'un vaccin est important pour se protéger contre la maladie (relation d'opposition entre vaccin et maladie) et qu'il sera récompensé de son courage de recevoir une injection par un euro d'argent de poche (relation de condition entre se faire vacciner et recevoir un euro) avec lequel il pourra s'acheter des bonbons (relation de condition entre recevoir un euro et acheter des bonbons). Les parents pourraient même ajouter qu'accepter de se faire vacciner serait le signe qu'il est un « grand garçon » (relation de coordination entre se faire vacciner et être un grand garçon) ou l'inviter à imaginer à quel point il sera heureux d'être protégé après avoir été vacciné (relation de perspective temporelle). Dans tous ces exemples de réseaux relationnels symboliques, ni le vaccin, la maladie, la pièce d'un euro, ou les bonbons n'ont besoin d'être physiquement présents pour modifier le comportement. Ils peuvent être symboliquement convoqués par le langage et ainsi influencer le comportement de l'enfant « à distance ». On peut supposer que l'enfant sera plus enclin à accepter le vaccin dans le contexte symbolique créé par ses parents qu'il ne l'était au départ.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Le langage conduit à l'évitement expérientiel

Du point de vue de la TCR, la capacité du langage à transformer et répandre les fonctions symboliques des événements et des objets qui nous entourent est au cœur d'un processus central de la psychopathologie : l'évitement expérientiel (voir Monestès, Villatte & Loas, 2009 ; Monestès & Villatte, 2011 ; Monestès, Villatte, Mouras, Loas & Bond, 2009). Ce processus peut être défini comme la tendance à éviter ou contrôler les émotions ou sensations perçues comme aversives. Dans certains cas, cet évitement peut être adapté, comme lorsque l'on prend un cachet d'aspirine pour faire disparaître un mal de tête. En revanche, lorsque l'évitement expérientiel ne fonctionne pas, doit être renouvelé régulièrement, ou qu'il conduit à abandonner des activités pourtant appréciées, alors il constitue une source de détérioration du fonctionnement psychologique et de la qualité de vie. Par exemple, si une personne souffrant de trouble obsessionnel compulsif évite de se rendre à l'hôpital de peur d'être contaminée alors qu'elle a besoin d'une intervention chirurgicale, l'évitement de cette peur s'avère inadapté. De même, une personne souffrant de stress post-traumatique pourrait éviter les relations intimes car celles-ci déclenchent l'apparition de souvenirs douloureux. Pourtant, ces souvenirs ne disparaissent pas malgré l'évitement des situations d'intimité.

Le rôle du langage dans l'évitement expérientiel peut s'expliquer en deux temps. Premièrement, les relations symboliques peuvent répandre les fonctions émotionnelles aversives à l'infini et transformer des objets ou événements, initialement neutres ou positifs, en stimuli perçus comme douloureux et dangereux. Cette hypothèse a été testée par plusieurs recherches en TCR (par exemple, Dougher, Hamilton, Fink & Harrington, 2007 ; voir Dymond & Roche, 2009, pour une revue). Dans ce type d'étude, les participants sont d'abord

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

typiquement soumis à un apprentissage relationnel symbolique de type A = B = C. Ensuite, une fonction aversive est attribuée à l'un des stimuli du réseau relationnel par association directe de type apprentissage classique (par exemple, en associant le stimulus A à un léger choc électrique ou a un son désagréable). Ensuite, la réponse émotionnelle est évaluée à la présentation de chaque stimulus (A, B ou C), par exemple au moyen de capteurs cutanés mesurant la sudation. Dans ce type de préparation, les chercheurs observent que les réponses émotionnelles aux stimuli reliés symboliquement au stimulus A sont similaires à celles déclenchées par ce stimulus, c'est-à-dire que les participants ont peur lorsqu'on leur présente le stimulus A, mais aussi lorsqu'on leur présente les stimuli B et C qui ont été associés au stimulus A. Si le réseau relationnel est de type comparatif (A < B < C) et que le stimulus B est associé à un stimulus aversif, la réponse émotionnelle est plus forte pour C mais moins forte pour A, en comparaison de celle observée pour B.

La généralisation symbolique créée par le langage ne touche pas seulement les réponses émotionnelles, mais également *les réponses* aux réponses émotionnelles. En effet, si la fonction d'un stimulus est transformée de telle sorte qu'il déclenche la peur, on s'attend logiquement à ce que ce stimulus soit évité. C'est effectivement ce qui est observé dans les recherches en TCR (voir Dymond & Roche, 2009). Par exemple, des participants apprennent qu'un stimulus A présenté sur un écran d'ordinateur sera systématiquement suivi d'un son et d'une image désagréables, mais qu'appuyer sur la barre espace à la vue du stimulus A permettra de ne pas voir et entendre ces stimuli aversifs. En conséquence, les participants appuient sur la barre espace lorsqu'ils voient le stimulus A, mais aussi lorsqu'ils voient les stimuli B et C inclus dans le même réseau d'équivalence avec A. La généralisation symbolique s'applique donc également à l'évitement d'expériences aversives.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

La conceptualisation du langage proposée par la TCR nous permet donc de comprendre comment des événements ou objets neutres, voire agréables, peuvent acquérir une signification aversive et être évités même si aucune expérience douloureuse n'a eu lieu directement ou par association de type apprentissage classique[1]. Étant donné le caractère symbolique du langage, tout événement ou objet peut acquérir une fonction de déclenchement émotionnel. Un match de football à la télévision peut déclencher de l'anxiété chez une personne qui a été agressée dans la rue, parce que le match de football peut être relié à la violence dans les stades, et la violence dans les stades, aux émeutes dans la rue. Cette personne sera alors peut-être tentée de changer de chaine, même si elle aime le football et n'a jamais vécu d'expérience douloureuse en lien avec le football.

Les stimuli externes tels que les images et sons de notre environnement ne sont pas les seuls à pouvoir acquérir des fonctions symboliques émotionnelles. Penser à l'agression subie, même si ce n'est pas intrinsèquement dangereux, déclenche souvent une réaction forte d'anxiété. Parler de cet événement avec son entourage ou en thérapie est d'ailleurs souvent difficile car l'événement initial donne l'impression d'être revécu. Même les personnes qui n'ont pas subi cette agression, mais en entendent parler par la victime, ont tendance à ressentir elles-mêmes une forte anxiété. La capacité de dérivation symbolique du langage conduit ainsi à une diffusion large, voire potentiellement infinie, des fonctions aversives. Ainsi, lorsque l'on tente d'éviter des émotions ou sensations aversives, on est nécessairement amené à éviter également les pensées évoquant

1. Les stimuli A, B, et C ne sont en effet pas associés mais reliés, tels que les préparations expérimentales en TCR le montrent. Cette distinction avec l'apprentissage classique est plus évidente encore si l'on considère comment un stimulus C acquiert la fonction de déclencher une réponse émotionnelle plus forte que celle déclenchée par le stimulus A au moyen d'une relation de comparaison A < C. Si cette transformation de fonction était le résultat d'un apprentissage classique, A et C produiraient la même réponse émotionnelle.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

ces émotions et sensations, un processus observé dans un grand nombre de difficultés psychologiques.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'évitement expérientiel devient problématique à partir du moment où il ne fonctionne pas, nécessite d'être renouvelé fréquemment, ou encore devient coûteux en termes d'activités valorisées. Cela nous conduit à considérer la deuxième implication forte du langage dans l'évitement expérientiel.

Les processus de dérivation symbolique du langage peuvent en effet expliquer le manque d'efficacité de l'évitement expérientiel. Dans une recherche menée par Hooper, Saunders, et McHugh (2010), les participants étaient soumis à un apprentissage relationnel de type A = B = C dans lequel A était le mot « bear » (ours en anglais) et B et C des stimuli composés de lettres mais ne formant pas de mot existant dans la langue des participants (« gedeer » et « boceem »). Les participants étaient ensuite divisés en deux groupes. Dans un premier groupe, on leur demandait de ne pas penser à un ours alors que les stimuli « bear », « gedeer », et « boceem » étaient présentés un à un sur un écran d'ordinateur. Les participants étaient aussi informés qu'appuyer sur la barre espace du clavier leur permettrait de faire disparaître les stimuli qu'ils ne souhaitaient pas voir. Dans un deuxième groupe (groupe contrôle), les participants recevaient simplement l'instruction d'appuyer sur la barre espace à chaque fois qu'ils voyaient le mot « bear » à l'écran. Les résultats montraient que les participants qui tentaient de ne pas penser à un ours supprimaient le mot « bear », ainsi que les stimuli « bocceem » et « gedeer » dès qu'ils apparaissaient. En revanche, les participants du groupe contrôle se contentaient de supprimer le mot « bear ». Des résultats similaires ont été observés avec un réseau relationnel d'opposition (Stewart *et al.*, 2015). C'est-à-dire que même un stimulus opposé à « bear » était supprimé si les participants tentaient de ne pas penser à un ours. Ces recherches montrent comment le langage rend l'évitement expérientiel aussi efficace que de tenter

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

de vider l'eau d'une barque percée, puisque vouloir se débarrasser d'une pensée en la remplaçant par une autre crée une relation entre les deux et oblige par la suite à les contrôler toutes les deux. C'est généralement une tâche sans fin et sans succès durable, mais pourtant une voie suivie par un grand nombre de patients.

De nombreux troubles psychologiques illustrent en effet ce phénomène d'inefficacité de l'évitement expérientiel. Souvent, les patients débutent une thérapie alors qu'ils ont essayé de nombreuses stratégies pour se débarrasser ou contrôler leurs émotions et sensations douloureuses. Ils ont utilisé des méthodes de contrôle de la pensée, des drogues ou des médicaments, des activités de distraction, des stratégies mentales de dissociation ou de rumination qui leur permettent momentanément de se mettre à distance ou de modifier les contenus émotionnels. Ces méthodes sont utilisées par la plupart des personnes souffrant de troubles anxieux, de dépression, d'addiction, ou de troubles psychotiques, et sont de plus en plus considérées comme les symptômes *définissant* ces troubles, tandis que les émotions et sensations douloureuses sont considérées comme des réponses naturelles normales (Bond *et al.*, 2011 ; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006 ; Hayes, Strosahl & Wilson, 2012).

Le langage peut conduire à la persistance de comportements inefficaces

Tous les troubles psychologiques peuvent être appréhendés sous l'angle d'une inadaptation comportementale. En termes simples, les personnes souffrant de troubles psychologiques s'engagent dans des comportements qui ne sont pas efficaces pour apporter un bien-être durable, et persistent dans ces comportements même lorsque ceux-ci ne sont pas efficaces. L'évitement expérientiel est un exemple de

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

ces comportements inadaptés (bien que compréhensibles). Comme nous l'indiquions plus haut, les patients qui débutent une thérapie ont généralement essayé de nombreuses méthodes pour réduire ou contrôler leurs émotions et sensations douloureuses. Même si ces méthodes ne permettent pas de résoudre durablement les difficultés rencontrées, les patients persistent dans l'évitement expérientiel, soit en cherchant d'autres méthodes, soit en insistant avec les mêmes, parfois de manière plus intense ou plus fréquente (par exemple, en augmentant la consommation de médicaments).

Comment expliquer la persistance de comportements inefficaces ? En partie, le mécanisme d'apprentissage opérant permet de comprendre qu'un comportement non optimal puisse être maintenu par des conséquences renforçantes variables. Un comportement renforcé de façon intermittente est en effet plus résistant au changement qu'un comportement systématiquement renforcé. L'évitement expérientiel peut fonctionner de temps en temps (par exemple, téléphoner à un ami lorsqu'on se sent anxieux peut parfois rassurer). De plus, les conséquences à court terme tendent à influencer les comportements plus fortement que les conséquences à long terme. Or l'évitement expérientiel est souvent suivi d'une réduction momentanée de l'émotion ou de la sensation douloureuse (par exemple, lorsque l'on essaie de penser à autre chose).

Le mécanisme d'apprentissage relationnel symbolique (le langage) semble apporter des éléments supplémentaires d'explication de la persistance dans des comportements ineffectifs tels que l'évitement expérientiel, et ce quel que soit le trouble considéré. Le processus de suivi de règle (c'est-à-dire un réseau relationnel spécifiant une contingence, un antécédent, une action et une conséquence) a en particulier donné lieu à des recherches mettant en évidence un effet d'insensibilité aux changements dans l'environnement qui semble similaire à ce que l'on peut observer en psychopathologie. Dans un exemple d'expérience (voir Hayes, 1989), des participants étaient

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

soumis par exemple à une tache consistant à appuyer alternativement sur deux boutons de couleur différente en fonction d'un signal lumineux. Sur le bouton bleu, appuyer huit fois en moyenne permettait de gagner un point, alors que sur le bouton rouge, il fallait appuyer une fois toutes les huit secondes en moyenne pour gagner un point. Le but était bien entendu de gagner le maximum de points au total. Dans une condition expérimentale, les participants recevaient l'instruction d'appuyer sur le bouton bleu très vite, et lentement sur le bouton rouge, ce qui leur permettait de gagner le maximum de points. Dans une autre condition expérimentale, les participants étaient simplement invités à appuyer sur les boutons comme il leur semblait le plus adapté pour gagner le maximum de points. Naturellement, les participants ayant reçu une instruction leur indiquant la meilleure stratégie à suivre ont adopté la meilleure approche plus rapidement que ceux ayant dû apprendre cette stratégie par l'expérience. Cependant, une fois que ces derniers avaient découvert la façon optimale d'appuyer sur les boutons, les conséquences associées à chaque bouton étaient inversées dans les deux groupes, sans que les participants soient informés du changement. Il fallait désormais appuyer vite sur le bouton rouge, et lentement sur le bouton bleu. Dans cette seconde phase, les participants qui avaient appris la stratégie initialement optimale par instruction mettaient plus de temps à s'adapter aux nouvelles contingences que ceux ayant appris par expérience directe. On observait donc la persistance d'une stratégie inefficace influencée par une règle décrivant des contingences devenues inexactes.

L'insensibilité au changement des contingences due au suivi de règle semble pouvoir expliquer en partie que des personnes ayant pour habitude de contrôler ce qui est déplaisant dans leur environnement externe (par exemple, enlever un obstacle de son chemin, ou se retirer une écharde du doigt) tentent d'appliquer la même méthode aux émotions, sensations, et pensées. Bien qu'elle soit informelle, la

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

règle suivie pourrait être « si quelque chose est déplaisant, je dois l'éliminer ou m'en éloigner ». Cependant, si cette règle s'applique en général efficacement aux événements externes, il n'en va pas de même pour les expériences psychologiques internes, comme nous l'avons vu précédemment. Pourtant, l'influence exercée par la règle semble plus forte que celle émanant des contingences directes. Les personnes s'engageant dans l'évitement expérientiel ne semblent pas sensibles au fait que cette approche fonctionne mal. En outre, si l'on considère la fréquence des messages qui encouragent dans notre culture à contrôler ses émotions, ses pensées et ses sensations, il n'est pas surprenant que de nombreuses personnes persistent dans cette stratégie en dépit de sa faible efficacité.

La persistance dans des comportements inefficaces due au suivi de règles ne concerne pas que l'évitement expérientiel, mais potentiellement tous les comportements problématiques présents dans les troubles psychologiques. Parfois appelées « pensées dysfonctionnelles », ou « schémas », ces règles constituent de puissantes sources d'influence conduisant par exemple des personnes souffrant de dépression à attendre d'être d'humeur positive pour s'engager dans des activités valorisées, ou des personnes souffrant d'anorexie à limiter leur alimentation pour ressembler à des canons de beauté qui ne sont en fait pas aussi minces qu'elles.

Le suivi de règles n'est pourtant pas problématique en soi. Il correspond en fait à un processus langagier très utile qui permet aux humains une adaptation rapide et efficace à leur environnement. Les problèmes liés au suivi de règle découlent en général de deux facteurs principaux. L'un correspond à l'approbation sociale qui vient souvent renforcer le suivi de règle indépendamment de son efficacité naturelle. Par exemple, une personne souffrant d'anxiété sociale peut être particulièrement sensible au risque de déclencher de la désapprobation par son comportement. Elle aura alors tendance à suivre des normes dictées par les autres et aura du mal à percevoir

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

ce qui est le plus adapté pour elle-même. Il en résulte souvent un sentiment d'inefficacité personnelle, voire de perte de sens, car les comportements ne sont pas dirigés vers des buts choisis en fonction de valeurs personnelles. L'approbation sociale étant un renforçateur particulièrement puissant pour les humains qui sont avant tout des « animaux sociaux », le risque de suivre des règles en fonction de critères sociaux arbitraires est élevé, et il peut être impliqué potentiellement dans tous les problèmes psychologiques.

Un autre facteur conduisant à l'inefficacité du suivi de règle est le manque d'attention dirigée vers les variations contextuelles. Si une règle est suivie à l'aveugle, elle à toutes les chances de conduire à une application indifférenciée. De ce fait, les personnes souffrant de difficultés psychologiques comprenant des troubles de l'attention ou de l'observation sont particulièrement sujettes à persister dans le suivi de règles inadaptées. Ce phénomène est notamment critique lorsque les personnes ont une capacité d'observation et de description de leurs expériences psychologiques internes (pensées, sensations, émotions) altérée ou limitée, comme par exemple, dans l'alexithymie, la psychose, l'autisme, ou le trouble de personnalité état limite. Il est en effet utile de percevoir finement les expériences psychologiques internes car elles constituent une part importante des contingences qui influencent le comportement (comme dans le cas de l'évitement expérientiel).

Pour résumer, le suivi de règles s'avère souvent problématique lorsqu'il est déconnecté des contingences directes, soit parce que l'influence sociale nous détache de ces contingences, soit parce que notre attention n'est pas assez développée.

Au-delà de la construction et du suivi de règles, c'est la manière dont les expériences perçues sont conceptualisées qui est souvent au cœur de la persistance dans des comportements inefficaces. Dans les termes de la TCR, la conceptualisation des expériences correspond à leur intégration dans des réseaux relationnels symboliques

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

cohérents. Un exemple simple de conceptualisation est la construction d'une identité basée sur l'observation de comportements. Une personne qui a tendance à peu engager la conversation, qui partage rarement son opinion avec les autres, et évite de regarder ses interlocuteurs dans les yeux, pourrait être qualifiée de « timide » ou « anxieuse sociale ». La timidité et l'anxiété sociale sont des concepts qui rassemblent de manière cohérente les comportements observés. Si cette même personne était décrite comme ayant une grande facilité à converser avec les autres, la qualifier de « timide » semblerait sans doute incohérent. Ce qualificatif serait alors soit ignoré ou rejeté (par exemple en considérant qu'il s'agit d'une observation isolée ou faite par quelqu'un qui ne connaît pas vraiment cette personne), soit intégré, mais dans un concept modifié. La personne se verrait attribuer une nouvelle identité permettant d'englober toutes les observations de manière cohérente. Par exemple, elle pourrait être à présent qualifiée de personne « trompeuse qui cache son jeu ». Autrement dit, pour être intégrée au réseau relationnel, l'observation doit être cohérente avec les autres déjà présentes dans ce réseau, ou le réseau doit être suffisamment modifié pour la rendre cohérente.

Ce type de phénomène langagier, bien connu des chercheurs s'intéressant a la dissonance cognitive, est considéré dans la TCR comme un facteur clé du développement et du maintien des troubles psychologiques (Villatte, Villatte & Hayes, 2016). Du point de vue de la TCR, le langage étant systématiquement impliqué dans toutes les interactions des humains avec leur environnement interne et externe, et la cohérence étant inhérente au langage, il en résulte que les humains ne peuvent interagir avec les expériences qu'ils perçoivent sans les conceptualiser de manière cohérente. La cohérence n'est donc pas en soi un problème, mais une force qui doit être guidée de façon efficace, sinon, elle enferme les humains dans des prisons symboliques.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Deux formes principales de cohérence délétères peuvent être identifiées : la cohérence sociale et la cohérence essentielle. Dans la cohérence sociale, le critère de cohérence est la conformité avec ce qui est approuvé par la communauté sociale. La manière dont les expériences sont conceptualisées est avant tout guidée par ce qui est socialement prescrit. Par exemple, une personne peut faire des choix de vie qui correspondent à ce qu'on attend d'elle : poursuivre des études selon le souhait de ses parents, se marier avec une personne parce que celle-ci est appréciée par ses amis, choisir ses loisirs en fonction de son statut social, etc. Ces choix sont socialement cohérents. D'autres options sont en revanche rejetées parce qu'elles ne seraient pas socialement approuvées. Cette norme sociale peut même être intériorisée de telle sorte qu'aucun renforcement ou punition externe n'est nécessaire. Une telle forme de cohérence est problématique car elle empêche la personne d'être au contact d'une variété d'expériences en ne pouvant faire des choix indépendants du contexte social. Par exemple, elle pourrait un jour réaliser qu'elle n'est pas vraiment intéressée par les études qu'elle poursuit, ou qu'elle n'est pas heureuse avec son partenaire, ou qu'elle souhaiterait explorer des loisirs différents de ce que son statut social approuve habituellement. Si la nécessité de rester socialement cohérent prend le dessus, elle s'interdira de construire une vie plus en harmonie avec ce qu'elle désire vraiment. Elle persistera donc dans des comportements qui ne lui apportent pas de satisfaction, au-delà de celle de se conformer à ce qui est socialement attendu.

Dans la cohérence essentielle, le critère de cohérence est la correspondance intrinsèque entre un concept et l'expérience perçue. Dans ce type de cohérence, on ne perçoit plus le caractère symbolique du langage, et on en vient à « fusionner » avec ses idées. Par exemple, une personne qui se considère dépressive peut croire que cette étiquette recouvre toute sa personne et lui colle à la peau. Les observations qui contredisent cette définition sont rejetées

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

ou ignorées, et les situations qui pourraient conduire à de telles observations sont évitées. Par exemple, cette personne pourrait refuser un emploi « parce qu'elle est dépressive » ou minimiser ses succès « parce qu'ils ne sont que le fruit du hasard ». Comme dans la cohérence sociale, une rigidité et une insensibilité à certaines expériences est donc nécessaire pour rester cohérent. Des comportements inefficaces peuvent alors persister même s'ils n'apportent pas vraiment de satisfaction, simplement parce qu'ils permettent de préserver la cohérence de certains concepts. Ce type de cohérence est probablement impliqué dans de nombreux troubles de la personnalité, qui se caractérisent par de fortes résistances au changement, malgré une insatisfaction chronique.

Le langage détériore ou désoriente la motivation

Un dernier aspect crucial du rôle clé joué par le langage dans le développement et le maintien de problèmes psychologiques est la motivation symbolique. Comme nous l'avons vu précédemment, la construction et la dérivation de relations symboliques entre événements et objets permettent de transformer la fonction de ces événements et objets sans que ceux-ci n'aient été formellement modifiés. Par exemple, un médaillon peut n'être qu'un petit morceau de métal jusqu'au moment où l'on apprend qu'il a appartenu à une arrière-grand-mère. Il devient alors une relique conservée avec soin par la famille. Ici, on peut constater que l'objet n'est pas seulement transformé sur le plan de sa signification, mais aussi de sa valeur. Le médaillon est devenu spécial aux yeux de la famille. Ce type de transformation symbolique est appelé « augmenting » dans la TCR, c'est-à-dire, un processus qui établit ou modifie la valeur attractive ou aversive des stimuli (Ju & Hayes, 2008).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

L'augmenting est un processus extrêmement utile aux humains car il leur permet de se connecter à des conséquences distantes ou abstraites et ainsi de s'engager dans des comportements qui ne seraient pas immédiatement renforçants sans le langage (Plumb, Stewart, Dahl & Lundgren, 2009). Par exemple, une personne peut faire le choix difficile de ne pas céder à la demande de son enfant de veiller tard, même si celui-ci est déçu et se met en colère, car elle pense aux bénéfices à plus long terme d'un sommeil équilibré. Elle peut aussi faire ce choix en lien avec la façon dont elle conçoit son rôle de parent (par exemple, prendre soin de la santé de son enfant). Dans l'instant, les aspects positifs de ce choix ne sont pas formellement présents, mais ils peuvent exercer une influence importante grâce aux relations symboliques créées par le langage. Ce n'est que grâce à ces relations symboliques que les aspects positifs de ce choix peuvent influencer le comportement.

Le problème du processus d'augmenting est qu'il ne conduit pas nécessairement à renforcer des comportements efficaces. Il peut rendre désirables des comportements qui sont en fait délétères ou dangereux (Törneke, Luciano & Valdivia Salas, 2008). Par exemple, une personne peut se dire que son suicide permettra à sa famille d'être soulagée, alors qu'un tel acte a généralement un impact désastreux sur la santé mentale de la famille. Une autre personne peut s'engager dans des formes de thérapie qui n'ont aucune efficacité mais se laisser convaincre qu'elles amélioreront son bien-être au terme d'une très longue cure.

L'augmenting peut aussi être impliqué dans les troubles de la motivation si ce processus n'est pas suffisamment bien établi dans le répertoire d'une personne ou s'il est orienté vers des sources de renforcement trop spécifiques, négatives, ou extrinsèques. Le premier cas correspond typiquement aux personnes qui ne parviennent pas à se connecter symboliquement aux conséquences distantes ou abstraites de leurs actions. La perte de sens observée dans la

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

dépression est un exemple classique de ce type de problème. On peut aussi observer une perte de motivation par déficit d'augmenting dans la procrastination. La personne se dit par exemple que ses efforts ne serviront à rien et ne parvient donc pas à débuter ou terminer une tâche pourtant nécessaire.

Le deuxième cas (sources de renforcement trop spécifiques, négatives, ou extrinsèques) correspond à ce qui est observé lorsqu'une personne est motivée et active, mais rencontre à un moment donné un épuisement de sa motivation, ou ne parvient pas à être satisfaite sur le plan existentiel. Du point de vue de la TCR et de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, 2012 ; Monestès *et al.*, 2009 ; Monestès & Villatte, 2011) qui s'appuie sur cette théorie, le bien-être durable est soutenu par un renforcement généralisé, positif, et intrinsèque que l'on retrouve dans le concept de « valeurs » (Dahl, Plumb, Stewart & Lundgren, 2009). Les valeurs se distinguent des buts spécifiques qui n'apportent qu'une satisfaction limitée. Elles se distinguent aussi du renforcement négatif, qui n'apporte que du soulagement. Elles sont enfin différentes du renforcement extrinsèque qui n'apporte de la satisfaction que si les conséquences externes sont présentes. Le manque d'une vision claire des valeurs, ou la déconnexion entre actions et valeurs, sont typiques de l'épuisement au travail, de la perte de sens qui peut accompagner des changements de vie importants (par exemple, un changement d'emploi, un déménagement, une maladie), ou de la démotivation consécutive à la réalisation de buts finis (par exemple, l'obtention d'un diplôme, le départ des enfants vers une vie indépendante).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Conclusion

Nous avons montré le rôle du langage dans le développement et le maintien des troubles psychologiques du point de vue de la Théorie des Cadres Relationnels. Puisqu'il est un processus de création de relations symboliques entre les objets et les événements, et puisqu'il influence les comportements, le langage permet aux humains de se détacher des contingences directes pour leur plus grand bénéfice, mais aussi pour leur plus grand malheur.

L'implication centrale du langage dans les troubles psychologiques est reconnue dans de nombreuses approches de la psychopathologie (par exemple, dans la thérapie cognitive ou la psychanalyse). Cependant, la manière dont cette implication est conceptualisée et étudiée expérimentalement par la TCR donne lieu à des applications thérapeutiques spécifiques, en cohérence avec cette théorie et avec la science comportementale contextuelle dans son ensemble[1].

La démarche clinique basée sur la TCR part du constat que le langage tend à détacher l'humain de contingences utiles et à l'enfermer dans des formes de cohérence stérile. Le langage ne peut cependant pas être mis totalement de côté, puisqu'il est également un outil d'adaptation puissant, dont il est préférable de ne pas se priver. À partir de ce constat, la TCR appliquée à la clinique propose d'utiliser le langage de manière expérientielle, en mettant l'accent sur la fonction et sur le contexte des comportements, et ce, quelles que soient les difficultés rencontrées par le patient. D'une part, l'objectif thérapeutique est de développer une attention plus fine envers

1. Nous avons présenté ici les grandes lignes de cette approche clinique, mais le lecteur pourra trouver des ressources plus approfondies dans la littérature sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes *et al.* 1999, 2012 ; Monestès & Villatte, 2009, 2011) et sur les applications directes de la TCR en psychothérapie (Törneke, 2010 ; Villatte *et al.*, 2016).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

les contingences utiles (en particulier, les antécédents et conséquences des comportements cliniquement significatifs), et d'autre part, d'aider les patients à conceptualiser les expériences perçues de manière efficace (développer des pensées utiles, et répondre aux pensées qui sont les plus utiles dans un contexte donné). Lorsque les patients progressent sur ces deux axes thérapeutiques, une plus grande flexibilité comportementale et une plus grande connexion avec les sources de renforcement généralisé, positif, et intrinsèque se développent. Les méthodes utilisées peuvent être de nature très variée[1]. En fait, peu de techniques sont exclues de la thérapie basée sur la TCR et la science contextuelle comportementale, tant que la manière dont elles sont utilisées est cohérente avec les objectifs cliniques que nous avons définis plus haut (développer une conscience et une conceptualisation de l'expérience qui soient sensibles à la fonction et au contexte des comportements).

L'efficacité de cette approche est démontrée pour une grande variété de troubles psychologiques, sans adaptation majeure à chaque trouble, ce qui tend à confirmer le caractère transdiagnostique des processus psychopathologiques et thérapeutiques que nous avons présentés dans ce chapitre (voir A-Tjak *et al.*, 2015 en ce qui concerne la thérapie d'acceptation et d'engagement, et Hayes, Villatte, Levin & Hildebrandt, 2011 pour les thérapies cognitives et comportementales contextuelles).

1. Par exemple, la méditation de pleine conscience, l'analyse fonctionnelle, les métaphores, le changement de perspective, l'écoute réflective pour accroitre l'attention vers les contingences utiles, et le travail sur les valeurs, le « soi comme contexte », la validation, la restructuration cognitive ou le « reappraisal » (lorsque ces méthodes sont appliquées au service de la cohérence fonctionnelle et flexible, plutôt que de la cohérence essentielle) pour développer une conceptualisation efficace.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Références bibliographiques

A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*, 30-6.

Barnes-Holmes, Y. & Barnes-Holmes, D. (2002). Naming, story telling, and problem solving: Critical elements in the development of language and cognition. *Behavioral Development Bulletin*, *1*, 34-38.

Blackledge, J. T. (2003). An introduction to Relational Frame Theory: Basics and applications. *The Behavior Analyst Today*, *3(4)*, 421-433.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. and Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, *42(4)*, 676-688.

Dahl, J. C., Plumb, J. C., Stewart, I. & Lundgren, T. (2009). The Art and Science of Valuing in Psychotherapy: Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy. Oakland, CA; New Harbinger Publications, Inc.

Dougher, M. J., Hamilton, D., Fink, B. & Harrington, J. (2007). Transformation of the discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *88*(2), 179-197.

Dymond, S. & Barnes, D. (1995). A transformation of self-discrimination response functions in accordance with the arbitrarily applicable relations of sameness, more-than, and less-than. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *64*, 163-184.

Dymond, S. & Barnes, D. (1996). A transformation of self-discrimination response functions in accordance with the arbitrarily applicable relations of sameness and opposition. *The Psychological Record*, *46*(2), 271-300.

Dymond, S. & Roche, B. (Eds.). (2013). *Advances in relational frame theory: Research and application*. Oakland, CA: New Harbinger.

Dymond, S., May, R. J., Munnelly, A. & Hoon, A. E. (2010). Evaluating the evidence based for relational frame theory: A citation analysis. *The Behavior Analyst*, *33*, 97-117.

Dymond, S. & Roche, B. (2009). A contemporary behavior analysis of anxiety and avoidance. *The Behavior Analyst*, *32*, 7-28.

Hayes, S. C. (1989). Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control. New York: Plenum.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). Relational Frame Theory: A

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Plenum Press.

HAYES, S. C., BARNES-HOLMES, D. & WILSON, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *1*, 1-16.

HAYES, S. C., STROSAHL, K. & WILSON, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

HAYES, S. C., STROSAHL, K. & WILSON, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

HAYES, S. C., VILLATTE, M., LEVIN, M. & HILDEBRANDT, M. (2011). Open, aware and active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.

HAYES, S. C., LUOMA, J., BOND, F., MASUDA, A. & LILLIS, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 1-25.

HOOPER, N., SAUNDERS, S. & MCHUGH, L. (2010). The derived generalization of thought suppression. *Learning and Behavior*, 38(2) 160-168.

JU, W. C. & HAYES, S. C. (2008). Verbal establishing stimuli: Testing the motivative effect of stimuli in a derived relation with consequences. *The Psychological Record, 58*, 339-363.

MONESTÈS, JL., VILLATTE, M. & LOAS, G. (2009). Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *19*, 30-34.

MONESTÈS, JL., VILLATTE, M., MOURAS, H., LOAS, G. & BOND, F. (2009). Translation and validation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology*, *59*, 301-308.

MONESTÈS, JL. & VILLATTE, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT*. Paris : Elsevier Masson.

O'HORA, D., ROCHE, B., BARNES-HOLMES, D. & SMEETS, P. M. (2002). Response latencies to multiple derived stimulus relations: Testing two predictions of relational frame theory. *The Psychological Record*, *52*, 51-76.

O'HORA, D., BARNES-HOLMES, D., ROCHE, B. & SMEETS, P. M. (2004). Derived relational networks and control by novel instructions: A possible model of generative verbal responding. *The Psychological Record*, *54*, 437-460.

PLUMB, J. C., STEWART, I., DAHL, J. & LUNDGREN, T. (2009). In search of meaning: Values in modern clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, *32*, 85-103.

SLATTERY, B. & STEWART, I. (2014). Hierarchical classification as relational framing. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *101*, 61-75.

STEWART, I., BARNES-HOLMES, D. & ROCHE, B. (2004). A functional-analytic model of analogy using the relational evaluation procedure. *The Psychological Record*, *54*, 531-552.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

STEWART, I., HOOPER, N., WALSH, P., O'KEEFE, R., JOYCE, R. & MCHUGH, L. (2015). Transformation of Thought Suppression Functions Via Same and Opposite Relations. *The Psychological Record, 65*, 2, 375-399.

TÖRNEKE, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland, CA: New Harbinger.

TÖRNEKE, N., LUCIANO, C. & VALDIVIA SALAS, S. (2008). Rule-Governed Behavior and Psychological Problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *8(2*), 141-156.

VILLATTE, M., VILLATTE, J. L. & Hayes, S. C. (2016). *Mastering the Clinical Conversation: Language as Intervention*. New York: Guilford Press.

VILLATTE, M., MONESTÈS, JL., MCHUGH, L. & FREIXA I BAQUÉ, E. (2009). Studying Theory of Mind through Relational Frame Theory: A review of the literature on deictic relational responding. *Acta Comportamentalia*, *17*, 117-136.

ZETTLE, R., HAYES, S. C., BARNES-HOLMES, D. & BIGLAN, T. (2016). *Handbook of Contextual Behavioral Science*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Chapitre 4

La flexibilité psychologique : un méta-processus responsable des difficultés psychologiques

Jean-Louis Monestès

PARMI LES DIFFÉRENTS PROCESSUS possiblement impliqués dans plusieurs troubles psychologiques, la flexibilité psychologique occupe une place à part. Ce processus a, en effet, été théoriquement envisagé comme impliqué dans tous les troubles psychologiques (Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010). De plus, il a été proposé comme le produit de plusieurs autres processus. Il s'inscrit de ce fait comme un « meta-processus » à expression variée. Comme on peut s'y attendre de par l'étendue du concept, il souffre d'un manque de consensus dans sa définition et de difficultés quant à son opérationnalisation. Néanmoins, les données quant à son implication dans une grande variété de difficultés psychologiques en font un processus important à prendre en considération dans une approche transdiagnostique des troubles psychologiques.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Dans ce chapitre, nous rassemblons les différents éléments de définition du concept de flexibilité psychologique, nous présentons les avancées relatives à sa mesure, et nous détaillons les connaissances rassemblées quant à l'implication de la flexibilité psychologique dans les troubles psychologiques.

Définir la flexibilité psychologique

La flexibilité psychologique est un concept difficile à définir - certains auteurs le qualifient même d'« insaisissable » (« slippery construct to define », Kashdan & Rottenberg, 2010, p. 865) –, en raison du fait que le concept regroupe plusieurs processus dynamiques : la façon dont un individu s'adapte à des demandes de l'environnement qui varient, la capacité à reconfigurer ses ressources psychologiques, le changement de perspective sur la situation, et l'arbitrage réalisé par le sujet entre différents besoins et désirs (Kashdan & Rottenberg, 2010).

Cependant, à tout le moins, on peut dans un premier temps aborder ce processus *via* l'idée de flexibilité, entendue comme une capacité de changement. Dans l'approche comportementale contextuelle à l'origine de la proposition du concept de flexibilité psychologique, la flexibilité est envisagée comme la capacité à varier ses comportements en fonction du contexte et des conséquences des comportements. En d'autres termes, la flexibilité correspond au fait de disposer d'un répertoire comportemental varié, d'être sensible aux contingences de ces comportements (stimuli discriminatifs et conséquences à court et à long terme), et d'être capable de mobiliser ces comportements dans des contextes précis. Il s'agit de bénéficier d'une variabilité comportementale suffisamment étendue afin de bénéficier d'une bonne adaptabilité.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Le fait que cette flexibilité soit qualifiée de psychologique provient également de la tradition du comportementalisme radical, puisqu'il s'agit de prendre en considération les comportements de l'individu en lien avec ses événements psychologiques (pensées, émotions, sensations), que ces comportements soient « externes » (par exemple consommer de l'alcool pour diminuer son anxiété) ou « internes » (par exemple essayer de penser à autre chose qu'à un traumatisme vécu). La flexibilité psychologique correspond donc à la possibilité d'émettre des comportements variés en présence d'événements psychologiques. Ces événements psychologiques peuvent être aversifs pour le sujet (un souvenir traumatique, un jugement critique à propos de soi, une pensée catastrophique, etc.), mais ils peuvent également parfois être appétitifs (un sentiment de plénitude, d'invulnérabilité ou d'excitation, par exemple dans la consommation de stupéfiants).

À l'inverse, une perte de la variété des comportements en présence de pensées, d'émotions ou de sensations est considérée comme problématique, conduisant potentiellement à la psychopathologie, en raison du manque d'adaptabilité auquel la perte de variabilité comportementale conduit. Lorsqu'il s'engage dans une tentative de contrôler ses événements psychologiques, le sujet y consacre généralement de plus en plus de temps et d'énergie, au détriment d'autres comportements, le plus souvent au détriment des comportements qui lui apporteraient des conséquences appréciables à long terme. Par exemple, une personne privilégiant le contrôle de sa peur renoncera progressivement aux sorties entre amis afin de ne pas être victime d'une attaque de panique au restaurant. À l'instar d'une espèce qui colonise un écosystème aux dépens d'autres espèces, les comportements dont la fonction est le contrôle des événements psychologiques se multiplient et empêchent l'apparition des autres comportements. Ces comportements peuvent finir par dominer l'ensemble du répertoire comportemental par le jeu

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

d'un mécanisme sélectionniste dont le facteur de sélection est l'apparition de conséquences renforçantes à court terme (Monestès, 2016).

Une définition plus opérationnelle a été proposée au sein de la thérapie d'acceptation et d'engagement, application clinique de la psychologie comportementale contextuelle, dont l'objectif thérapeutique est précisément de développer la flexibilité psychologique. La flexibilité psychologique y est définie comme la capacité à être davantage en contact avec l'instant présent, en tant qu'être humain conscient, et d'être capable de changer ou de persister dans des comportements lorsque ces derniers permettent d'atteindre des buts valorisés[1] (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson, 2004).

On note d'emblée que cette définition positionne au même plan la capacité à changer et la capacité à persister dans des comportements. Le terme de « flexibilité » est envisagé ici de la même façon que celle décrite plus haut et proposée par l'approche comportementale contextuelle, mettant en avant l'idée de disposer d'un répertoire comportemental varié. Il ne s'agit pas uniquement de la capacité de changer. Pour les personnes dont les patterns de comportements les plus fréquents sont des changements incessants de comportements, devenir flexible correspond en effet à persévérer dans les comportements déjà engagés, même si ces derniers sont à l'origine de conséquences négatives à court terme. Par exemple, quelqu'un qui changerait de comportement chaque fois qu'il rencontre une nouvelle personne, en raison du caractère embarrassant des premiers moments de la rencontre, aurait vraisemblablement des difficultés à construire une relation durable, car une amitié solide se nourrit d'une certaine constance pour que l'autre apprenne à vous connaître. Des conséquences appétitives dans une telle situation apparaissent

1. « [...] the ability to contact the present moment more fully as a conscious human being, and to either change or persist when doing so serves valued ends » (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson, 2004, p. 5).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

généralement à long terme, de façon cumulative. Etre flexible pour une telle personne correspondrait alors à persévérer dans les comportements en relation avec l'autre, puisque de tels comportements seraient nouveaux dans son répertoire comportemental.

Dans la thérapie d'acceptation et d'engagement, la flexibilité psychologique est conceptualisée comme le produit de six sous-processus :

- la capacité à rester en contact avec des expériences psychologiques aversives ;
- la distanciation avec les pensées (défusion) ;
- la sensibilité à ce qui se déroule dans l'instant présent ;
- la capacité à changer de perspective sur soi et sur le monde ;
- une perception claire de ce qui est valorisé ;
- la capacité d'agir en direction de ce qui est valorisé.

Une des difficultés de définition repose sur le fait que ces composantes sont tantôt considérées, au sein de ce même mouvement thérapeutique, comme des sous-processus individualisés, tantôt comme des « aspects » de la flexibilité psychologique considérée comme un processus à part entière. Pour éclairer ce point, nous proposons de considérer la flexibilité psychologique comme un « méta-processus » auquel les six sous-processus contribuent, mais qui n'en est pas que la somme. En effet, en dehors de la thérapie d'acceptation et d'engagement, certaines de ces composantes ont été isolées comme des processus à part entière, pour lesquels un nombre important de données a été rassemblé. C'est le cas par exemple de l'évitement d'expérience, du contact avec l'instant présent (qui fait appel à la répartition attentionnelle et au maintien attentionnel, voir chapitre 7), et de la capacité à adopter une autre perspective, très liée aux compétences en empathie (voir chapitre 9). La juxtaposition de ces sous-processus ne justifierait pas que la flexibilité psychologique soit considérée comme un processus individualisé. En revanche, le produit de ces sous-processus (dans des proportions

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

variables), constitue un processus à part entière, différent de la somme des sous-processus.

En raison du fait que la flexibilité psychologique est le produit de ces 6 sous-processus, son expression ne peut être que variée, expliquant ainsi les difficultés de définition et d'opérationnalisation. En effet, la flexibilité psychologique, en tant que concaténation de sous-processus, peut résulter d'agencements différents, dans lesquels chaque sous-processus occupe une place variable. Ainsi, tout en définissant la flexibilité psychologique de façon générale, il est impossible de prédire la forme qu'elle revêt, puisque différents patterns d'expression des six sous-processus peuvent conduire à une perte de flexibilité psychologique. Un travail mérite d'ailleurs d'être mené en profondeur afin de parvenir à une évaluation quantitative des différents processus contribuant à la flexibilité psychologique (ou à l'inflexibilité psychologique), afin de découvrir les patterns les plus fréquents dans les différentes difficultés psychologiques rencontrées en pratique clinique.

Quel que soit le statut de ces composantes, *in fine*, pour Hayes, Follette, et Linehan (2004), ces différents sous-processus concourent à l'apparition de la flexibilité psychologique telle que définie ci-dessus, car ils sont liés à une altération de mécanismes langagiers fondamentaux. Ces mécanismes langagiers, notamment les réponses relationnelles dérivées étudiées expérimentalement dans le cadre de la théorie des cadres relationnels[1] (voir chapitre 3), constitueraient donc le réel fondement de la flexibilité psychologique dans ce courant thérapeutique.

1. Une description détaillée de ces processus langagiers nous éloignerait du sujet principal de ce chapitre. Le lecteur intéressé se reportera à profit à Törneke (2010) et à Villatte, Villatte & Hayes (2016).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Mesurer la flexibilité psychologique

Si la définition générique de la flexibilité psychologique fait sens, malgré sa complexité, son opérationnalisation est plus problématique. En effet, en lien avec sa définition, son évaluation a initialement porté sur les différents sous-processus censés contribuer à la flexibilité psychologique. La première version de l'Acceptance and Action Questionnaire (AAQ ; Hayes *et al.*, 2004 ; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006), outil d'auto-évaluation destiné à mesurer la flexibilité psychologique, a consisté au rassemblement d'items évaluant les sous-processus qui la composent. Ce questionnaire a révélé son intérêt, notamment en raison de sa capacité à prédire l'apparition de difficultés psychologiques en cas de faible flexibilité psychologique (Bond & Bunce, 2003) et de corrélations élevées avec des évaluations des affects négatifs (Hayes *et al.*, 2004). Pourtant, l'AAQ présentait des limitations psychométriques, notamment une faible cohérence interne, ainsi que des difficultés de compréhension. Le questionnaire a été simplifié pour une version en sept items, pour donner naissance à une deuxième version (Acceptance and Action Questionnaire-II, AAQ-II ; Bond *et al.*, 2011 ; Monestès, Villatte, Mouras, Loas & Bond, 2009, pour la version française) qui fait aujourd'hui référence.

Ce rassemblement sur les items les plus pertinents en termes statistiques a permis une amélioration des propriétés psychométriques, mais a également gommé un grand nombre de nuances relatives aux six processus que le questionnaire devait mesurer conjointement. Ce point a d'ailleurs été accentué par le fait que l'AAQ-II regroupait initialement 10 items, mais sa publication a conduit, à supprimer les items formulés positivement (par exemple « Si j'ai un souvenir désagréable, je le laisse venir. »), dont le score était inversé, dans un souci d'homogénéité et de facilité de compréhension (Bond *et al.*, 2011). De fait, puisque l'AAQ-II ne regroupe plus que des items

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

orientés dans le sens de la perte de flexibilité (par exemple « Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie »), et qu'il est devenu un outil de mesure de la psychopathologie, il est maintenant envisagé comme une mesure de l'inflexibilité psychologique. Si cette distinction peut paraître anecdotique puisque l'inflexibilité psychologique pourrait n'être que l'inverse de la flexibilité psychologique, elle contribue à un appauvrissement de la conceptualisation initiale : faire preuve de flexibilité ne correspond pas uniquement à ne pas se comporter toujours de la même façon en réponse à des événements psychologiques indésirables, mais à bénéficier d'une large palette de réactions et de la capacité à les mobiliser en fonction de leurs conséquences à court et à long terme. En d'autres termes, faire preuve de flexibilité psychologique ne permet pas uniquement de ne pas souffrir d'affects négatifs mais également d'accéder à un part plus important d'affects positifs. Cette distinction semble avoir été perdue dans l'AAQ-II.

Au final, ces différents ajustements, ainsi que la composition même de l'AAQ-II, l'ont entraîné vers une évaluation indirecte de la flexibilité psychologique (Ciarrochi, Bilich & Godsell, 2010), au travers d'un nombre restreint d'items supposés refléter les sous-processus qui la produisent, et en la quantifiant négativement *via* l'inflexibilité psychologique. Il est d'ailleurs légitime de se poser la question de la qualité de l'évaluation des six sous-processus censés contribuer à la flexibilité psychologique au travers de 7 items, d'autant que les nombreux travaux menés à ce jour font apparaître une solution unifactorielle pour l'AAQ-II (Bond *et al.*, 2011), et ce dans de nombreuses langues (Monestès *et al.*, à paraître), chez des patients souffrant de troubles variés ou des participants tout-venants (par exemple, Gloster, Klotsche, Chaker, Hummel & Hoyer, 2011). Ce caractère unifactoriel, qui semble stable quelles que soient les versions, ne peut qu'interroger. Est-il le reflet d'un questionnaire qui mesure bel et bien un construit cohérent, malgré la variété des sous-processus

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

qu'il est censé cibler ? Ou est-ce que les items qui le composent ont perdu leur spécificité de mesure des sous-processus et que le questionnaire n'évaluerait alors plus qu'une tendance psychopathologique générale et indifférenciée ? La littérature reste sur ce point évasive, d'autant que l'AAQ-II est souvent utilisé pour mesurer l'évitement d'expérience, de façon abusive donc, puisque cet instrument est censé évaluer simultanément la fusion avec les pensées, les évaluations négatives des expériences psychologiques, et la capacité à agir en direction de ce qui compte en présence de pensées et d'émotions difficiles.

Un élément de réponse provient de recherches qui ont visé l'évaluation de la part de la variance propre expliquée par la flexibilité psychologique au cours de mesures conjointes d'autres affects négatifs. Dans l'étude de Gloster *et al.* (2011) par exemple, la mesure de la flexibilité psychologique au moyen de l'AAQ-II dans un groupe de patients souffrant d'agoraphobie avec attaques de panique et un autre souffrant de phobie sociale, a permis l'explication d'une plus grande part de la variance de la symptomatologie anxieuse et du fonctionnement global que l'*Anxiety Sensitivity Index* (Peterson & Reiss, 1993), le *Beck Depression Inventory* (Beck, Steer & Brown, 1996), et les *Depression Anxiety Stress Scales* (Antony, Bieling, Cox, Enns & Swinson, 1998). De même, la validité incrémentielle de l'AAQ-II a été démontrée en comparaison d'évaluations de la capacité à la pleine conscience au moyen d'outils unidimensionnels (Karekla & Panayiotoua, 2011) ou multidimensionnels (Fledderus, Oude Voshaar, ten Klooster & Bohlmeijer, 2012). Il est à noter qu'une étude (Wolgast, 2014) n'est pas parvenue à distinguer l'apport de l'AAQ-II en comparaison d'une mesure générale des affects négatifs et positifs (Positive and Negative Affect Scale ; Watson, Clark & Tellegen, 1988) et d'items ad hoc destinés à mesurer la détresse psychologique et l'acceptation. Cependant, les participants de cette étude étaient des étudiants et non des patients, ce qui conduit à

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

évaluer ce résultat avec précaution si on considère que l'AAQ-II est une mesure de l'inflexibilité psychologique, nécessairement différemment représentée chez des participants souffrant de difficultés psychologiques.

Il semble donc raisonnable d'envisager que le concept de flexibilité psychologique se distingue d'autres affects négatifs. Comment comprendre alors que ses sous-processus ne se reflètent pas dans un nombre plus important de facteurs ? Une des raisons pourrait être le fait que la flexibilité psychologique est le produit et non la somme des sous-processus, et qu'aucun des sous-processus supposément impliqués dans la construction de la flexibilité psychologique ne soit en toutes circonstances protecteur ou délétère. En effet, chacun de ces sous-processus conduit à des conséquences bénéfiques ou non en fonction du contexte dans lequel il s'exprime. À titre d'exemple, l'évitement d'expériences psychologiques ne devient problématique que lorsqu'il empêche la réalisation de comportements en direction de ce qui est important pour le sujet. Lorsque cette condition n'est pas remplie, éviter les expériences psychologiques douloureuses reste le comportement le plus adapté. Le même raisonnement peut être mené pour les autres sous-processus. Au final, c'est la persévérance dans un ou plusieurs sous-processus qui devient délétère, ce qui signe alors la perte de flexibilité. Si une majorité de processus est sur-investie par le sujet, leur appréciation conjointe peut se refléter au sein d'un même facteur (ce sur-investissement en quelque sorte).

Au final, à ce jour, nous arrivons au paradoxe que la flexibilité psychologique n'est mesurée qu'indirectement, via les sous-processus qui la produisent, et négativement, par son expression pathologique, mais non dans ces aspects de variété des comportements à proprement parler. Le retrait des items formulés négativement et l'orientation de l'échelle vers une quantification de la psychopathologie ont transformé l'ambition première de mesure de la flexibilité

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

psychologique en tant que compétence au changement et à l'adaptabilité aux différents événements psychologiques. Il reste que le questionnaire d'acceptation et d'action est un instrument de mesure largement utilisé par les chercheurs, et que l'inflexibilité psychologique est un concept clairement distinct d'autres affects négatifs. Elle est d'ailleurs observée dans une très grande variété de difficultés psychologiques comme nous allons le voir maintenant.

Implications de l'inflexibilité psychologique dans différentes difficultés psychologiques

La perte de flexibilité psychologique, à son extrême, est caractérisée par une stéréotypie des comportements en lien avec les événements psychologiques. Cette persistance dans des comportements indépendamment de leurs conséquences délétères à long terme est ce qui caractérise de nombreux tableaux cliniques. Malgré les réserves énoncées à l'égard de la flexibilité psychologique et de sa mesure au moyen de l'AAQ-II, de nombreuses recherches ont mis en évidence une inflexibilité psychologique marquée dans différents tableaux cliniques.

Une grande partie des études menées à ce jour est corrélationnelle et leur nombre important a permis de réaliser des méta-analyses, mettant en évidence une part de la variance de 16 à 28 % des difficultés psychologiques expliquée par l'inflexbilité psychologique (Hayes *et al.*, 2006). L'ensemble des corrélations entre l'AAQ (quelle que soit la version) et d'autres instruments de mesure laisse apparaître l'implication de l'inflexibilité psychologique dans quasiment tous les signes de souffrance psychologique, notamment une très forte corrélation avec les symptômes de stress, de dépression et d'anxiété (pour une synthèse, voir Hayes *et al.*, 2006 ; Ruiz, 2010). Des liens

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

ont également été mis en évidence entre l'inflexibilité psychologique et la sévérité des états de stress post-traumatiques, la douleur chronique, la consommation de stupéfiants, les automutilations, la phobie, la trichotillomanie, etc. (Hayes *et al.*, 2006). L'inflexibilité psychologique est également corrélée à d'autres mesures de la persévérance et de la tolérance à la détresse émotionnelle, elles-mêmes liées au jeu pathologique, à l'abus de substance ou à l'état de stress post-traumatique. Enfin, une corrélation négative a été rapportée entre l'inflexibilité psychologique et différents indicateurs de la qualité de vie (pour une revue, voir Boulanger *et al.*, 2010). L'ensemble de ces corrélations, dans des catégories diagnostiques aussi variées, a permis d'affirmer que l'inflexibilité psychologique s'inscrit comme un processus particulièrement utile dans une approche transdiagnostique (Baer, 2007 ; Monestès & Villatte, 2011).

Un nombre important d'études a également mis en évidence que l'inflexibilité psychologique, au-delà de la corrélation avec un grand nombre de difficultés psychologiques, se révèle comme un médiateur pour des symptômes et des construits psychologiques d'une très grande variété. L'inflexibilité psychologique est par exemple impliquée dans la relation entre le perfectionnisme et l'inquiétude, entre les pensées dysfonctionnelles et la sévérité de la trichotillomanie, entre la sensibilité à l'anxiété, le trouble de personnalité état-limite et la symptomatologie dépressive, entre les acouphènes, la dépression et la qualité de vie, etc. (Ruiz, 2010). De même, l'inflexibilité psychologique est un médiateur des effets de la douleur chronique ou de la réactivité émotionnelle. Ces données mettent en évidence que l'inflexibilité psychologique agit, en quelque sorte, comme un filtre déterminant des répercussions psychologiques de situations problématiques (Boulanger *et al.*, 2010).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Conclusion

La flexibilité psychologique se révèle comme un processus composite riche et pertinent. En raison de son implication dans un nombre très important de difficultés psychologiques, elle constitue un processus à prendre en considération dans la pratique clinique, comme en recherche. Bien que le construit souffre encore d'approximations dans sa définition et dans son opérationnalisation, ses aspects « meta » invitent à la considérer comme un possible facteur étiologique commun à de nombreux troubles psychologiques. Des efforts importants sont en revanche encore à réaliser afin de bien distinguer la flexibilité de l'inflexibilité psychologique, et de créer un réel outil de mesure de la flexibilité psychologique qui rende réellement compte du « champ de possibles » comportemental vis-à-vis des événements psychologiques, autorisant une adaptabilité et conduisant au bien-être. À ce titre, il est possible que la thérapie d'acceptation et d'engagement, dont l'objectif thérapeutique est la flexibilité psychologique, agisse tout autant sur l'accroissement de la flexibilité psychologique – au travers de l'augmentation du nombre et de la fréquence des actions en direction de ce qui fait sens pour le patient –, que sur la diminution de l'inflexibilité psychologique – par l'affaiblissement de la domination des comportements par des mécanismes langagiers problématiques.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANTONY, M. M., BIELING, P. J., COX, B. J., ENNS, M. W. & SWINSON, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*, 176-181.

BAER, R. A. (2007). Mindfulness, assessment, and transdiagnostic processes. *Psychological Inquiry*, *18*, 238-242.

BECK, A. T., STEER, R. A. & BROWN, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

BOND, F. W. & BUNCE, D. (2003). The Role of Acceptance and Job Control in Mental Health, Job Satisfaction, and Work Performance. *Journal of Applied Psychology, 88*, 1057-1067.

BOND, F. W., HAYES, S. C., BAER, R. A., CARPENTER, K. M., GUENOLE, N., ORCUTT, H. K., ... & ZETTLE, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*, 676-688.

BOULANGER, J. L., HAYES, S. C. & PISTORELLO, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. In A. A. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 107-136). New York: Guilford Press.

CIARROCHI, J., BILICH, L. & GODSELL, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients* (pp. 51-75). Oakland, CA: New Harbinger Publications.

FLEDDERUS, M., OUDE VOSHAAR, M. A., TEN KLOOSTER, P. M. & BOHLMEIJER, E. T. (2012). Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psychological assessment*, *24*, 925-936.

GLOSTER, A. T., KLOTSCHE, J., CHAKER, S., HUMMEL, K. V. & HOYER, J. (2011). Assessing psychological flexibility: What does it add above and beyond existing constructs?. *Psychological Assessment*, *23*, 970-982.

HAYES, S. C., LUOMA, J. B., BOND, F. W., MASUDA, A. & LILLIS, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1-25.

HAYES, S. C., STROSAHL, K. D., BUNTING, K., TWOHIG, M. & WILSON, K. G. (2004). What Is Acceptance and Commitment Therapy?. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl. *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3-29). New York: Springer.

HAYES, S. C., STROSAHL, K. D., WILSON, K. G., BISSETT, R. T., PISTORELLO, J., (...), McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

of a working model. *The Psychological Record, 54*, 553-578.

HAYES, S., FOLLETTE, V. & LINEHAN, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford Press.

KAREKLA, M. & PANAYIOTOUA, G. (2011). Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*, 163-170.

KASHDAN, T. B. & ROTTENBERG, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, *30*, 865-878.

MONESTÈS, JL. (2016). A functional place for language in evolution: Contextual Behavior Science contribution to the study of human evolution. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, R. D. Zettle & A. Biglan. *Handbook of Contextual Behavior Science* (pp. 100-114). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

MONESTÈS, JL. & VILLATTE, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement. ACT.* Paris : Elsevier Masson.

MONESTÈS, JL., KAREKLA, M., JACOBS, N., MICHAELIDES, M. P., HOOPER, (...) & HAYES, S. C. (in press). Experiential avoidance as a common psychological process in European cultures. *European Journal of Psychological Assessment*.

MONESTÈS, JL., VILLATTE, M., MOURAS, H., LOAS, G. & BOND, F. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology, 59*, 301-308.

PETERSON, R. A. & REISS, S. (1993). *Anxiety sensitivity index revised test manual*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.

RUIZ, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*, 125-162.

TÖRNEKE N (2010). *Learning RFT. An introduction to relational frame theory and its clinical implications*. Oakland, CA: New Harbinger.

VILLATTE, M., VILLATTE, J. L. & Hayes, S. C. (2016). *Mastering the Clinical Conversation: Language as Intervention*. New York: Guilford Press.

WATSON, D., CLARK, L. A. & TELLEGEN, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.

WOLGAST, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy, 45*, 831-839.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

PARTIE II

Processus intrapersonnels et interpersonnels dans une approche transdiagnostique

- **Chap. 5** D'une approche symptomatique à une approche transdiagnostique : le cas des pensées répétitives négatives 103
- **Chap. 6** Le perfectionniste, un patient idéal ? Vers une prise en charge transdiagnostique du perfectionnisme 125
- **Chap. 7** Biais attentionnels et psychopathologie : de la recherche fondamentale à la recherche-développement en technologies thérapeutiques 147
- **Chap. 8** Approche processuelle de l'insatisfaction corporelle clinique : conceptualisation et intervention dans la peur d'une dysmorphie corporelle 167
- **Chap. 9** Vers une approche processuelle et transdiagnostique de l'empathie 191

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Chapitre 5

D'une approche symptomatique à une approche transdiagnostique : le cas des pensées répétitives négatives

Céline Baeyens

LES TROIS DERNIÈRES DÉCENNIES ont vu exploser un intérêt pour ce qui est maintenant appelé les « pensées répétitives négatives » dont les plus représentatives sont les ruminations dépressives et les préoccupations anxieuses. Bien que de nombreuses interventions aient été développées pour la prise en charge de la dépression et les troubles anxieux, peu d'interventions ont intégré une conceptualisation de ces pensées répétitives négatives et développé des stratégies spécifiques pour les cibler. Différentes raisons peuvent être invoquées. Premièrement, les pensées répétitives (*i.e.*, les ruminations mentales) ont longtemps été considérées comme un épiphénomène de la dépression et de l'anxiété et, corollairement, les chercheurs et praticiens pensaient que les effets du traitement

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

ciblant un trouble spécifique devraient s'étendre automatiquement aux ruminations mentales. Deuxièmement, les interventions ont longtemps été influencées par la thérapie cognitive, avec l'idée qu'il était nécessaire de discuter et de remettre en question la valeur de vérité de pensées automatiques. Cette centration sur le contenu des pensées a longtemps mis à l'écart la possibilité de travailler sur les pensées répétitives négatives et sur le processus plutôt que sur le contenu de ces pensées.

Au début des années 1990, Susan Nolen-Hoeksema a initié une série d'études pour investiguer le rôle des ruminations dans la dépression. Bien loin de n'être qu'un épiphénomène de troubles psychologiques, elles sont maintenant considérées comme un processus impliqué dans le développement et le maintien de la dépression et d'autres troubles psychologiques. Dans ce chapitre, nous nous proposons d'illustrer, par le biais des études sur les ruminations, la manière dont les ruminations ont été envisagées comme un processus impliqué dans la dépression. C'est sur base de cette approche processuelle que nous tenterons d'établir en quoi les ruminations représentent un processus transdiagnostique. Enfin, nous aborderons les implications d'une approche processuelle et transdiagnostique dans la prise en charge de difficultés psychologiques.

D'UNE APPROCHE SYMPTOMATIQUE À UNE APPROCHE PROCESSUELLE

Les ruminations ont fait l'objet de nombreuses théories (Smith & Alloy, 2009) parmi lesquelles une des plus influentes est la théorie des styles de réponse (pour une revue, voir Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008). Les ruminations y sont définies comme un mode de réponse stable à la détresse, caractérisé par des pensées

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

répétitives et passives sur les causes (« pourquoi ai-je ces symptômes ? ») et conséquences (« que va-t-il arriver ? ») des symptômes de détresse. Des études longitudinales ont montré que la tendance à ruminer contribuait au développement et à la sévérité de la dépression chez des personnes n'ayant jamais été déprimées et au maintien de la dépression chez les personnes déprimées (Nolen-Hoeksema *et al.*, 2008). Non seulement les ruminations prédisent la dépression mais elles apparaissent comme un médiateur entre, notamment, les événements de vie et l'humeur dépressive (Kinderman, Schwannauer, Pontin & Tai, 2013 ; Michl, McLaughlin, Shepherd & Nolen-Hoeksema, 2013). La majorité des études a mesuré les ruminations au moyen de l'échelle de réponse ruminative, soit en utilisant le score total à l'échelle, soit en distinguant deux catégories de rumination. La première correspond à une dimension de « réflexion » (e.g., « Aller quelque part seul(e) pour penser à ce que vous ressentez ») tandis que la seconde correspond à une dimension de « ressassement » (e.g., Penser : « Qu'ai-je fait pour mériter cela ? ») (Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003). C'est principalement la rumination de type ressassement qui constitue le facteur central du développement et du maintien de la dépression.

Afin d'établir le rôle causal des ruminations dans la dépression, des études ont manipulé expérimentalement la rumination en demandant aux participants soit de ruminer (i.e., penser à la signification, aux causes et conséquences de leurs sentiments et sensations physiques), soit de se distraire, pendant 8 minutes. Ces études ont montré que, lorsque l'on est dans un état d'humeur négatif, ruminer augmente l'humeur négative, entraîne plus de pensées négatives (e.g., rappels de souvenirs négatifs, interprétations négatives de situations, pessimisme), interfère avec la capacité à résoudre des problèmes et est associé à une diminution de la motivation à entreprendre des activités susceptibles d'améliorer l'humeur dépressive. Les conséquences négatives des ruminations s'étendent également

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

à la dimension interpersonnelle puisque ruminer est associé à un moindre soutien social (Nolen-Hoeksema *et al.*, 2008). En résumé, plus qu'un épiphénomène de la dépression, la rumination de type ressassement apparaît comme un processus susceptible d'augmenter la vulnérabilité à la dépression, son maintien et sa sévérité.

D'autres études ont montré que les ruminations pouvaient elles-mêmes dépendre d'autres processus, tels que le processus d'abstraction. Selon la théorie des modes de traitement (Watkins, 2008), les conséquences des ruminations, positives ou négatives, dépendent du mode de pensée qui les sous-tend. Certaines ruminations sont sous-tendues par un mode concret-expérientiel de pensée. Dans ce mode, l'attention est centrée sur l'instant présent et sur la manière dont les choses se déroulent moment par moment (en se posant la question du « comment ? »). Ces ruminations s'apparentent à de la réflexion (e.g., « quelles sont les sensations que je ressens en ce moment ? ») ou des pensées liées à de la résolution de problème (e.g., « comment puis-je résoudre ce problème ? »). Elles seraient également davantage liées à un mode imagé que verbal. D'autres ruminations seraient sous-tendues par un mode abstrait-analytique de pensée. Dans ce mode, l'attention est centrée sur l'analyse de causes, des conséquences et de la signification d'un état ou d'une situation (en se posant la question du « pourquoi ? »). Les ruminations reflètent alors un mode abstrait, décontextualisé et évaluatif. Elles sont davantage centrées sur le passé et le futur que sur le présent et correspondent aux ruminations de type ressassement. Ces ruminations seraient également plutôt verbales. De nombreuses études expérimentales ont montré que le mode de pensée abstrait, en combinaison avec une humeur négative, est spécifiquement associé aux conséquences négatives affectives, cognitives, motivationnelles et sociales de la rumination.

Certaines théories se sont plus particulièrement centrées sur des processus motivationnels pouvant rendre compte du développement

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

et/ou du maintien des ruminations. Ainsi, selon Martin et Tesser (1996), les ruminations – en particulier les ruminations négatives – seraient initiées par l'évaluation d'un écart entre un état ou un but réel et celui désiré. Les ruminations perdureraient jusqu'à la réduction de l'écart, soit en progressant vers le but soit par désengagement du but. Des études corrélationnelles, longitudinales et expérimentales ont effectivement montré que penser à des buts non atteints initiait des ruminations mentales (e.g., Roberts, Watkins & Wills, 2013[1]).

Il reste à expliciter les mécanismes par lesquelles les ruminations – en particulier les ruminations abstraites – se maintiennent malgré leurs conséquences négatives. Une explication avancée dans le cadre de modèles d'auto-régulation est que les individus ont des croyances (ou métacognitions) concernant les fonctions et conséquences des ruminations (Wells & Matthews, 1996). Certaines personnes pensent que la rumination est une stratégie de coping qui les aide à mieux se connaître, à mieux comprendre leur dépression, que cela leur permet de résoudre des problèmes ou de les anticiper (e.g., Nolen-Hoeksema *et al.*, 2008). Ces croyances positives se retrouvent de manière plus importante dans des populations dépressives, dysphoriques et ayant des antécédents de dépression, mais également dans des populations non cliniques (e.g., Halvorsen *et al.*, 2015). Des études transversales et longitudinales auprès de populations cliniques et non cliniques suggèrent que les ruminations médiatisent l'effet des croyances sur l'humeur dépressive (e.g., Roelofs *et al.*, 2010 ; Weber & Exner, 2013). En d'autres termes, les croyances

1. La perspective de Martin et Tesser (1996) est plus centrée sur la rumination état que la rumination comme un trait stable. Notons que, récemment, Watkins et Nolen-Hoeksema (2014) ont proposé un modèle du développement d'une rumination-état, initiée par la perception de l'écart entre les buts, à une rumination-trait, comme caractéristique stable de réponse à la détresse qui peut apparaître indépendamment d'indices liés à l'atteinte des buts.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

positives concernant la fonction des ruminations constituent un facteur d'initiation et de maintien de celles-ci.

Paradoxalement, les personnes émotionnellement vulnérables ont également des métacognitions négatives concernant les conséquences des ruminations. Elles perçoivent leurs ruminations comme incontrôlables et dangereuses sur les plans intrapersonnel (e.g., « Je risque de devenir fou ou folle ») et interpersonnel (e.g., « Les gens vont me rejeter si je rumine »). Ces croyances négatives contribuent au maintien, voire à l'augmentation, des ruminations et de l'humeur négative dans des populations cliniques (e.g., Halvorsen *et al.*, 2015 ; Roelofs *et al.*, 2010) et non cliniques (e.g., Papageorgiou & Wells, 2009).

Les théories métacognitives sont centrées sur les croyances des personnes concernant la fonction de leur rumination. Selon d'autres théories, les ruminations auraient une fonction objective, celle d'un évitement (e.g., Martell, Addis & Jacobson, 2001). La perspective fonctionnelle des ruminations permet de comprendre qu'elles sont, à l'instar de différents évitements cognitifs et comportementaux, renforcées négativement et ainsi maintenues. À l'appui de cette hypothèse fonctionnelle d'évitement, des études ont montré des associations positives entre des questionnaires auto-rapportés de rumination et d'évitement, tant dans des populations non cliniques (Moulds, Kandris, Starr & Wong, 2007) que dans des populations cliniquement déprimées (Ottenbreit, Dobson & Quigley, 2014). D'autres études ont montré un lien entre la rumination et des comportements considérés comme des évitements, tels que l'abus de substances, des comportements hyperphagiques, des comportements d'automutilations ou encore des comportements de procrastination, de réduction des activités ou un retrait social (Nolen-Hoeksema *et al.*, 2008). On a également montré que la rumination et l'évitement sont des prédicteurs de l'humeur dépressive dans des populations vulnérables (Morina, 2011) ou cliniquement déprimées (Brockmeyer

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

et al., 2015). Plus spécifiquement, des études longitudinales utilisant des mesures quotidiennes et en temps réel des ruminations, des évitements et de l'humeur ont montré que l'évitement médiatisait l'effet des ruminations sur la dépression dans une population de personnes vulnérables à la dépression (Eisma *et al.*, 2013). Enfin, des études quasi-expérimentales utilisant une évaluation comportementale de l'évitement semblent confirmer que les personnes ayant une tendance à ruminer montrent plus de comportements d'évitement des stimuli négatifs que les personnes ayant peu tendance à ruminer (Eisma *et al.*, 2014). La question de la fonction d'évitement des ruminations n'est pas indépendante de la nature même des ruminations. En effet, la théorie des modes de traitement postule que le caractère abstrait et verbal des ruminations constitue en soi un évitement des expériences émotionnelles négatives (Watkins, 2008).

Les théories du traitement de l'information ont également apporté un éclairage nouveau à la compréhension des ruminations. Le déficit de désengagement attentionnel du matériel négatif constitue une des hypothèses concernant les processus cognitifs impliqués dans la rumination (Koster, De Lissnyder, Derakshan & De Raedt, 2011). Selon cette hypothèse, la confrontation à une situation, pensée ou émotion négative est susceptible d'amorcer un processus ruminatif souvent auto-évaluatif et négatif (e.g., « Pourquoi cela m'arrive toujours à moi ? »). L'occurrence de ces ruminations agit comme le signal d'un écart entre la situation actuelle et les buts ou représentations que nous avons de nous-mêmes. Face à ce signal, la plupart des personnes sont capables de désengager leur attention des pensées négatives et de s'engager dans d'autres stratégies de régulation (e.g., réévaluation de la situation, distraction, résolution de problème, etc.). Les personnes souffrant de ruminations pourraient ne pas détecter de signal d'une situation de conflit avec leurs buts et représentations (e.g., penser que l'on est nul peut

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

être congruent avec les schémas dépressogènes) et/ou présenter plus de difficultés à se désengager d'un matériel négatif lié à soi en raison de plus faibles capacités de contrôle attentionnel. Différentes données corrélationnelles et expérimentales soutiennent ces hypothèses (pour une revue, voir Mor & Daches, 2015).

D'autres biais et déficits dans différentes sphères cognitives (attention, mémoire, interprétation) commencent à être explorés dans le cadre des ruminations (Hertel, Mor, Ferrari, Hunt & Agrawal, 2014). Plutôt que de considérer chacun des mécanismes comme étant un facteur isolé impliqué dans les ruminations, il semble plus cohérent d'envisager les relations possibles entre ces processus cognitifs afin de rendre compte des phénomènes cliniques étudiés. Cette hypothèse des biais cognitifs combinés a été appliquée à la dépression mais reste à explorer dans le cadre des ruminations (Everaert, Koster & Derakshan, 2012).

En résumé, les ruminations mentales peuvent être considérées tantôt comme un processus, tantôt comme un produit cognitif dépendant lui-même d'autres processus (e.g., biais d'abstraction, biais attentionnels). Elles se comprennent également à la lumière des métacognitions qui jouent un rôle dans leur initiation et leur maintien. Outre la fonction perçue, les ruminations peuvent avoir une valeur fonctionnelle d'évitement, notamment de par leur caractère abstrait et verbal. Si ces perspectives processuelles ont été essentiellement développées dans le cadre des études sur la dépression, il reste à établir le caractère transdiagnostique de la rumination, de ses conséquences et de ses déterminants.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

D'UNE APPROCHE PROCESSUELLE À UNE APPROCHE TRANSDIAGNOSTIQUE

▶ Présence de ruminations dans différents troubles

Un nombre croissant de recherches a exploré dans quelle mesure les ruminations représentaient une composante transdiagnostique (pour une revue de la littérature, voir Ehring & Watkins, 2008). Une méta-analyse récente a montré que la rumination était plus fréquente dans des populations cliniques souffrant de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux par rapport à une population non clinique (Olatunji, Naragon-Gainey & Wolitzky-Taylor, 2013). Elles sont également fortement associées aux troubles alimentaires et l'abus d'alcool (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010). Par ailleurs, des études longitudinales ont montré que la rumination était un prédicteur de symptômes liés à ces quatre troubles, même après avoir contrôlé les symptômes initiaux (Aldao *et al.*, 2010 ; Michl *et al.*, 2013). Outre les troubles anxieux, la rumination se retrouve également dans les troubles bipolaires, la psychose ou des problématiques plus transversales telles que la régulation de la colère, le perfectionnisme, ou le risque suicidaire (pour une revue détaillée, voir Ehring & Watkins, 2008). Si davantage d'études longitudinales et expérimentales sont nécessaires afin d'établir le rôle exact des ruminations dans les différents troubles, il semble néanmoins que ruminer constitue bel et bien un processus transdiagnostique et que le contenu des ruminations soit déterminé par les thèmes au cœur des préoccupations des personnes souffrant d'un trouble particulier (p.ex., thème de perte dans la dépression, thème de l'évaluation négative dans la phobie sociale, événement traumatique dans le syndrome de stress post-traumatique) (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

La rumination comme facteur explicatif de la comorbidité entre les troubles

Certaines études se sont intéressées à la façon dont les ruminations permettent de rendre compte de troubles comorbides. Si l'on sait que les ruminations sont d'autant plus importantes qu'il y a comorbidité (e.g., Olatunji *et al.*, 2013), des études corrélationnelles ont montré que la rumination rendait compte de la comorbidité entre dépression et anxiété, que ce soit pour des populations non-cliniques (e.g., McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011), des patients souffrant d'un trouble anxieux (*i.e.*, syndrome de stress post-traumatique ; Roley *et al.*, 2015) ou d'un trouble dépressif (Watkins, 2009). Plus important, des études longitudinales montrent que les ruminations sont un médiateur de la relation entre l'anxiété et la dépression sur une période allant de 1 an à 4 ans (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011). Bien qu'encore peu nombreuses et portant essentiellement sur des populations non cliniques, ces données soutiennent l'hypothèse que ruminer est un processus explicatif de la comorbidité, en particulier entre l'anxiété et la dépression.

Le développement du concept de « Pensées Répétitives Négatives »

La rumination n'est qu'un exemple de pensées répétitives. Dans les problématiques d'anxiété, d'autres processus cognitifs ont été largement étudiés, parmi lesquels les préoccupations anxieuses, définies comme une chaîne de pensées et d'images, négatives et relativement incontrôlables (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983). Elles sont généralement mesurées au moyen de l'échelle d'inquiétudes du Penn State (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990). De nombreuses études suggèrent que les ruminations dépressives et les préoccupations anxieuses présentent plus de similarités que de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

différences (pour une revue, voir Ehring & Watkins, 2008 ; Nolen-Hoeksema *et al.*, 2008). Parmi les similarités, elles sont considérées comme des formes de pensées ayant pour caractéristiques d'être répétitives, passives et/ou relativement incontrôlables, et centrées sur des contenus négatifs. On les appelle donc communément les « pensées répétitives négatives » (PRN). Au-delà des similitudes, une des différences majeures réside dans l'orientation temporelle des pensées, les ruminations étant plus tournées vers le passé tandis que les préoccupations sont plus orientées vers le futur.

Les ruminations et les préoccupations partagent d'autres caractéristiques reflétant des processus communs. Tout comme les ruminations, les préoccupations ont été décrites comme un mode de pensée abstrait et verbal (e.g., Borkovec & Inz, 1990 ; Stöber & Borkovec, 2002) qui aurait comme fonction un évitement cognitif (Borkovec, Alcaine & Behar, 2004). Les préoccupations sont maintenues par des métacognitions positives concernant leur utilité et des métacognitions négatives concernant leur incontrôlabilité, leur dangerosité et leurs conséquences interpersonnelles (e.g., Wells, 2005). Enfin, différentes études suggèrent que la tendance à s'inquiéter est associée à différents biais cognitifs inter-reliés (e.g., Hirsch & Mathews, 2012).

Afin de rendre compte des convergences entre ces construits, les chercheurs ont développé des instruments spécifiques d'évaluation en lieu et place des échelles centrées sur des construits particuliers (e.g., rumination, inquiétudes). C'est le cas du questionnaire des pensées persévératives (QPP ; Ehring *et al.*, 2011) ou du questionnaire des pensées répétitives (QPR ; McEvoy, Mahoney & Moulds, 2010). Différentes recherches ont montré que les PRN sont un prédicteur de l'humeur dépressive à 3 ans dans une population non clinique (Raes, 2012) et qu'elles corrèlent avec la sévérité de la dépression et de l'anxiété de même qu'avec la comorbidité et ce, chez des participants souffrant de troubles de l'humeur et/ou de

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

troubles anxieux (Spinhoven, Drost, van Hemert & Penninx, 2015). Ces données encouragent à envisager des interventions qui ciblent les PRN.

VERS DES INTERVENTIONS PROCESSUELLES ET TRANSDIAGNOSTIQUES

Malgré l'existence de nombreux programmes de traitement dans le domaine des troubles dépressifs et anxieux, peu d'entre eux ont développé des interventions visant les « ruminations », les inquiétudes ou, plus largement, les PRN. De tels programmes ont commencé à se développer plus systématiquement au milieu des années 1990, avec comme idée sous-jacente que cibler un processus clé des difficultés psychologiques augmentait l'efficacité des interventions. Dans les paragraphes qui suivent, nous détaillons certaines des interventions centrées sur les pensées répétitives et leurs processus sous-jacents (pour une revue plus exhaustive, voir Querstret & Cropley, 2013 ; Watkins, 2015). Nous évaluerons ensuite le caractère transdiagnostique de ces interventions.

▶ Les thérapies métacognitives

Les thérapies métacognitives (TMC) sont une combinaison de techniques visant d'une part la remise en question des croyances positives et négatives concernant les ruminations et les inquiétudes et d'autre part, des techniques de re-entrainement de l'attention vers des stimuli externes plutôt qu'internes, des techniques de pleine conscience et de report des pensées répétitives. Bien que les études n'aient porté que sur de petits échantillons et manquent de comparaison avec un groupe contrôle actif, une méta-analyse récente suggère que les TMC sont efficaces dans la réduction des troubles anxieux et dépressifs et plus efficaces comparativement à un groupe

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

contrôle non actif (Normann, van Emmerik & Morina, 2014). Par ailleurs, chez des patients souffrant de trouble d'anxiété généralisée, la diminution de l'anxiété est indirectement liée à la diminution des métacognitions négatives via la diminution des pensées répétitives négatives (McEvoy, Erceg-Hurn, Anderson, Campbell & Nathan, 2015).

L'entraînement à la concrétude et la thérapie cognitivo-comportementale centrées sur les ruminations

D'autres interventions ciblent plus directement les ruminations par le développement de stratégies d'entraînement à un mode de pensée concret et spécifique, afin de modifier le biais d'abstraction sous-tendant les ruminations abstraites évaluatives (e.g., Watkins, 2008). L'entraînement repose sur des exercices répétés d'imagerie dans lesquels les participants centrent activement leur attention sur les détails concrets, spécifiques et uniques de différentes situations personnelles ou scénarios standardisés et la manière dont les situations se déroulent. Une semaine d'entraînement à la concrétude suffit à diminuer les symptômes dépressifs et la rumination chez des participants dysphoriques, comparativement à un entraînement à la relaxation (Watkins & Moberly, 2009), à une condition contrôle sans entraînement, ou à une condition « passive » d'entraînement à la concrétude (Watkins, Baeyens & Read, 2009). Les effets à court et moyen termes de cet entraînement ont également été testés au travers d'une intervention de six semaines auprès de patients souffrant de dépression et comparés à un entraînement à la relaxation ou à l'absence d'intervention. Les interventions prenaient la forme d'exercices réalisés avec la guidance d'un thérapeute, suivis d'exercices quotidiens à réaliser à la maison. Les résultats ont montré que les deux types d'entraînements – relaxation et concrétude –

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

menaient à une diminution des symptômes dépressifs comparativement à la condition contrôle. Cependant, seuls les participants ayant reçu l'entraînement à la concrétude rapportaient moins de ruminations et un mode de pensée plus concret et ce, juste après l'intervention, ainsi que 3 mois après l'intervention (Watkins *et al.*, 2012). Ces études suggèrent que la pratique répétée d'un mode de pensée concret a des effets bénéfiques sur les ruminations et les symptômes dépressifs (voir cependant Mogoaşe, Brăilean & David, 2013).

Watkins et ses collaborateurs ont également développé la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur les ruminations (TCC-R) dont les interventions reposent sur deux principes-clés. D'une part, les ruminations sont considérées comme un évitement. Cet évitement est mis en évidence par l'analyse fonctionnelle des ruminations et les interventions visent à remplacer les ruminations par des comportements d'approche plus fonctionnels pour les patients. D'autre part, les interventions visent à modifier les ruminations elles-mêmes ou à modifier le style cognitif abstrait, évaluatif, afin de développer un style plus concret, expérientiel, via notamment des exercices répétés d'imagerie centrés sur des épisodes de ruminations, ou la remémoration d'activités absorbantes caractérisées par un mode concret-expérientiel. Des études ont montré que la TCC-R diminuait les ruminations et les symptômes dépressifs chez des patients présentant des symptômes résiduels de dépression et que les effets sur les symptômes dépressifs étaient médiatisés par les changements au niveau des ruminations (Watkins *et al.*, 2011). Bien que ces résultats soient encourageants, des études comparant la TCC-R et des traitements TCC classiques sont encore nécessaires de même que des études évaluant l'efficacité de ces interventions dans d'autres troubles et sur d'autres types de pensées répétitives négatives. Par ailleurs, si la TCC-R présente un fort ancrage dans l'activation comportementale (voir Martell *et al.*, 2001), seule une étude à ce jour a testé les effets de cette intervention sur les inquiétudes, et ce sur un petit échantillon de participants (Chen, Liu, Rapee & Pillay, 2013).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

La thérapie basée sur la pleine conscience

Les interventions basées sur la pleine conscience impliquent une attention portée sur les sensations, pensées et émotions, avec une attitude d'acceptation et de non-jugement. Cette attitude permettrait de prévenir les ruminations et de laisser ainsi la possibilité de stratégies alternatives en réponse aux situations négatives.

Peu d'études ont évalué l'effet des interventions de pleine conscience sur les pensées répétitives. Elles ont cependant montré une diminution des symptômes dépressifs et anxieux, et une médiation de cette diminution par la diminution des ruminations et des inquiétudes, et ce même en contrôlant les symptômes initiaux (Gu, Strauss, Bond & Cavanagh, 2015).

Interventions centrées sur la modification des biais cognitifs

Quelques études ont exploré l'efficacité d'interventions centrées sur la modification des biais cognitifs dans le cadre des ruminations et inquiétudes. Ces interventions reposent sur l'idée qu'il est possible de ré-entraîner les biais supposés responsables des pensées répétitives. La plupart de ces études ont testé les effets immédiats d'une situation unique d'entraînement. Ainsi, une session d'entraînement à exercer un contrôle exécutif combiné à la présentation de stimuli négatifs diminue les ruminations (Cohen, Mor & Henik, 2015), alors qu'une session d'entraînement à l'inhibition d'informations négatives ne les diminue pas (Daches, Mor & Hertel, 2015). Dans l'anxiété, une session d'entraînement à une interprétation bénigne de situations ambiguës diminue les préoccupations et les pensées intrusives dans des populations subcliniques (Hirsch, Hayes & Mathews, 2009) ou souffrant de trouble d'anxiété généralisée (Hayes, Hirsch, Krebs & Mathews, 2010).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Bien qu'encourageantes, ces études soulèvent plusieurs questions. Une seule séance d'entraînement suffit-elle à modifier des biais cognitifs stables ? Quels sont les effets à long terme de ces entraînements, uniques ou répétés ? Alors qu'une session unique d'entraînement à l'inhibition de stimuli négatif n'entraîne pas de diminution des ruminations (Daches *et al.*, 2015), des séances répétées ont un effet de diminution des ruminations (Daches & Mor, 2014). D'autres entraînements répétés ont montré leur efficacité sur les ruminations, avec un maintien des effets dans le temps, comme les entraînements à la concrétude visant à la modification d'un biais d'abstraction (voir supra).

▶ Interventions transdiagnostiques ?

La nature processuelle des interventions ne démontre pas *de facto* leur caractère transdiagnostique, c'est-à-dire leur capacité à prendre pour cible des diagnostics différents – et leur comorbidité – dans lesquels les PRN sont impliquées. Concernant les interventions décrites, il existe plus d'études sur le caractère transdiagnostique pour les interventions métacognitives et celles basées sur la pleine conscience que pour les interventions centrées sur la concrétude des ruminations et la modification des biais cognitifs. Si la tentation est grande de mener des études sur le caractère transdiagnostique de ces interventions, il est d'abord essentiel de pouvoir répliquer les résultats obtenus sur de plus grands échantillons, avec différentes conditions contrôles (par exemple, en comparant les interventions à des thérapies cognitivo-comportementales classiques), en évaluant les effets à moyen et long termes et en spécifiant les cibles du traitement (ruminations, préoccupations, pensées répétitives négatives).

À l'inverse, force est de constater que, sur base des revues de la littérature sur les traitements transdiagnostiques (Newby, McKinnon,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Kuyken, Gilbody & Dalgleish, 2015), soit ces traitements n'intègrent pas d'interventions centrées sur les ruminations, soit les traitements peuvent viser les ruminations mais ne les évaluent pas (e.g., thérapie d'acceptation et d'engagement ou activation comportementale).

Conclusion et perspectives

La recherche sur les ruminations mentales et les préoccupations anxieuses illustre le passage d'une vision symptomatique à une perspective processuelle et transdiagnostique. Si un nombre croissant d'études démontre le rôle des pensées répétitives négatives dans le développement et le maintien de nombreux troubles, il reste cependant à explorer davantage le rôle de ces pensées répétitives dans la comorbidité entre les troubles. Par ailleurs, si le concept de pensées répétitives négatives présente une valeur heuristique, la recherche devra établir quelles sont les dimensions processuelles essentielles de ces pensées et tester l'implication de ces dimensions processuelles dans le développement de différents types de difficultés psychologiques. Il nous semble également essentiel de ne pas limiter l'approche transdiagnostique à la preuve d'un processus impliqué dans différents diagnostics mais à la preuve que ces processus offrent une voie de compréhension pour différentes problématiques psychologiques, telles que le risque suicidaire, la gestion d'émotions difficiles ou le perfectionnisme.

L'approche processuelle a ouvert le champ à de nouvelles interventions qui se déclinent sous différentes formes, depuis des « packages » d'interventions (e.g., thérapie méta-cognitive ; TCC-R) jusqu'à des interventions plus ciblées (e.g., modification des biais cognitifs). Elles portent spécifiquement sur l'un ou l'autre des processus supposés sous-tendre les ruminations (e.g., métacognitions, abstraction). Malgré des résultats encourageants concernant

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

l'efficacité de certaines de ces interventions, plus d'études sont nécessaires, non seulement pour établir leur efficacité, mais également pour établir leur caractère transdiagnostique. La recherche nous éclairera également sur le format que peuvent prendre ces interventions (i.e., thérapie en face-à-face, interventions de types « self-help », interventions via des programmes informatisés) et sur l'efficacité de ces interventions dans la prévention de difficultés psychologiques.

Enfin, un des défis qui s'impose aux chercheurs et cliniciens consiste à développer des conceptualisations cliniques qui reposent sur les processus transdiagnostiques mis en évidence et à développer des interventions qui soient guidées par des principes fondés empiriquement, plutôt que de se limiter à l'application de traitements fondés empiriquement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALDAO, A., NOLEN-HOEKSEMA, S. & SCHWEIZER, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 217-37.

BORKOVEC, T. D., ALCAINE, O. M. & BEHAR, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: R. Heimberg, C. Turk & D. Mennin (Eds.), *General- ized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 77-108). New York, NY, US: Guilford Press.

BORKOVEC, T. D. & INZ, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 153-158.

BORKOVEC, T. D., ROBINSON, E., PRUZINSKY, T. & DEPREE, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 9-16.

BROCKMEYER, T., HOLTFORTH, M. G., KRIEGER, T., ALTENSTEIN, D., DOERIG, N., ZIMMERMANN, J., … BENTS, H. (2015). Preliminary evidence for a nexus between rumination, behavioural avoidance, motive satisfaction and depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *22*, 232-239.

CHEN, J., LIU, X., RAPEE, R. M. & PILLAY, P. (2013). Behavioural activation: A pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 533-539.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

COHEN, N., MOR, N. & HENIK, A. (2015). Linking executive control and emotional response: A Training procedure to reduce rumination. *Clinical Psychological Science*, *3*, 15-25.

DACHES, S. & MOR, N. (2014). Training ruminators to inhibit negative information: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, *38*, 160-171.

DACHES, S., MOR, N. & HERTEL, P. (2015). Rumination : Cognitive consequences of training to inhibit the negative. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *49*, 1-8.

EHRING, T. & WATKINS, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*, 192-205.

EHRING, T., ZETSCHE, U., WEIDACKER, K., WAHL, K., SCHÖNFELD, S. & EHLERS, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*, 225-232.

EISMA, M. C., SCHUT, H. A. W., STROEBE, M. S., VAN DEN BOUT, J., STROEBE, W. & BOELEN, P. A. (2014). Is rumination after bereavement linked with loss avoidance? Evidence from eye-tracking. *PloS One*, *9*(8), e104980.

EISMA, M. C., STROEBE, M. S., SCHUT, H. A. W., STROEBE, W., BOELEN, P. A. & VAN DEN BOUT, J. (2013). Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*, 961-970.

EVERAERT, J., KOSTER, E. H. W. & DERAKSHAN, N. (2012). The combined cognitive bias hypothesis in depression. *Clinical Psychology Review*, *32*, 413-424.

GU, J., STRAUSS, C., BOND, R. & CAVANAGH, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, *37*, 1-12.

HALVORSEN, M., HAGEN, R., HJEMDAL, O., ERIKSEN, M. S., SØRLI, Å. J., WATERLOO, K., EISEMANN, M. & WANG, C. E. A. (2015). Metacognitions and thought control strategies in unipolar major depression: A comparison of currently depressed, previously depressed, and never-depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*, *39*, 31-40.

HARVEY, A. G., WATKINS, E., MANSELL, W. & SHAFRAN, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.

HAYES, S., HIRSCH, C. R., KREBS, G. & MATHEWS, A. (2010). The effects of modifying interpretation bias on worry in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 171-178.

HERTEL, P., MOR, N., FERRARI, C., HUNT, O. & AGRAWAL, N. (2014). Looking on the dark side: Rumination and cognitive-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

bias modification. *Clinical Psychological Science*, *2*, 714-726.

HIRSCH, C. R., HAYES, S. & MATHEWS, A. (2009). Looking on the bright side: accessing benign meanings reduces worry. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*, 44-54.

HIRSCH, C. R. & MATHEWS, A. (2012). A cognitive model of pathological worry. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 636-646.

KINDERMAN, P., SCHWANNAUER, M., PONTIN, E. & TAI, S. (2013). Psychological processes mediate the impact of familial risk, social circumstances and life events on mental health. *PLoS ONE*, *8*, e76564.

KOSTER, E. H. W., DE LISSNYDER, E., DERAKSHAN, N. & DE RAEDT, R. (2011). Understanding depressive rumination from a cognitive science perspective: the impaired disengagement hypothesis. *Clinical Psychology Review*, *31*, 138-145.

MARTELL, C. R., ADDIS, M. E. & JACOBSON, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.

MARTIN, L. L. & TESSER, A. (1996). *Some ruminative thoughts*. In R. S. Wyer (Ed.), Advances in Social Cognition, Vol. 9, pp. 1-47. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

MCEVOY, P. M., ERCEG-HURN, D. M., ANDERSON, R. a., CAMPBELL, B. N. C. & NATHAN, P. R. (2015). Mechanisms of change during group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *35*, 19-26.

MCEVOY, P. M., MAHONEY, A. E. J. & MOULDS, M. L. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the repetitive thinking questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 509-519.

MCLAUGHLIN, K. A. & NOLEN-HOEKSEMA, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 186-193.

MEYER, T. J., MILLER, M. L., METZGER, R. L. & BORKOVEC, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 487-495.

MICHL, L. C., MCLAUGHLIN, K. A., SHEPHERD, K. & NOLEN-HOEKSEMA, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*, 339-352.

MOGOAŞE, C., BRĂILEAN, A. & DAVID, D. (2013). Can concreteness training alone reduce depressive symptoms? A randomized pilot study using an internet-delivered protocol. *Cognitive Therapy and Research*, *37*, 704-712.

MOR, N. & DACHES, S. (2015). Ruminative thinking: Lessons learned from cognitive training. *Clinical Psychological Science*, *3*, 574-592.

MORINA, N. (2011). Rumination and avoidance as predictors of prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in female widowed survivors of

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

war. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*, 921-927.

MOULDS, M. L., KANDRIS, E., STARR, S. & WONG, A. S. M. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 251-261.

NEWBY, J. M., MCKINNON, A., KUYKEN, W., GILBODY, S. & DALGLEISH, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, *40*, 91-110.

NOLEN-HOEKSEMA, S., WISCO, B. E. & LYUBOMIRSKY, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, *3*, 400-424.

NORMANN, N., VAN EMMERIK, A. A. P. & MORINA, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and aepression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, *31*, 402-411.

OLATUNJI, B. O., NARAGON-GAINEY, K. & WOLITZKY-TAYLOR, K. B. (2013). Specificity of rumination in anxiety and depression: A multimodal meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *20*, 225-257.

OTTENBREIT, N. D., DOBSON, K. S. & QUIGLEY, L. (2014). An examination of avoidance in major depression in comparison to social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *56*, 1-39.

PAPAGEORGIOU, C. & WELLS, A. (2009). A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, *2*, 123-131.

QUERSTRET, D. & CROPLEY, M. (2013). Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *33*, 996-1009.

RAES, F. (2012). Repetitive negative thinking predicts depressed mood at 3-year follow-up in students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *34*, 497-501.

ROBERTS, H., WATKINS, E. R. & WILLS, A. J. (2013). Cueing an unresolved personal goal causes persistent ruminative self-focus: an experimental evaluation of control theories of rumination. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *44*, 449-455.

ROELOFS, J., HUIBERS, M., PEETERS, F., ARNTZ, A., OS, J. & VAN OS, J. (2010). Positive and negative beliefs about depressive rumination: A psychometric evaluation of two self-report scales and a test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, *34*, 196-205.

ROLEY, M. E., CLAYCOMB, M. A., CONTRACTOR, A. A., DRANGER, P., ARMOUR, C. & ELHAI, J. D. (2015). The relationship between rumination, PTSD, and depression symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *180*, 116-121.

SMITH, J. M. & ALLOY, L. B. (2009). A roadmap to rumination: a review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, *29*, 116-128.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

SPINHOVEN, P., DROST, J., VAN HEMERT, B. & PENNINX, B. W. (2015). Common rather than unique aspects of repetitive negative thinking are related to depressive and anxiety disorders and symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, *33*, 45-52.

STÖBER, J. & BORKOVEC, T. D. (2002). Reduced concreteness of worry in generalized anxiety disorder: Findings from a therapy study. *Cognitive Therapy and Research*, *26*, 89-96.

TREYNOR, W., GONZALEZ, R. & NOLEN-HOEKSEMA, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, *27*, 247-259.

WATKINS, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, *134*, 163-206.

WATKINS, E. R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: Evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, *27*, 160-175.

WATKINS, E. R. (2015). Psychological treatment of depressive rumination. *Current Opinion in Psychology*, *4*, 32-36.

WATKINS, E. R., BAEYENS, C. B. & READ, R. (2009). Concreteness training reduces dysphoria: proof-of-principle for repeated cognitive bias modification in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*, 55-64.

WATKINS, E. R. & MOBERLY, N. J. (2009). Concreteness training reduces dysphoria: a pilot proof-of-principle study. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 48-53.

WATKINS, E. R., MULLAN, E., WINGROVE, J., RIMES, K., STEINER, H., BATHURST, N., … Scott, J. (2011). Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: phase II randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, *199*, 317-122.

WATKINS, E. R., TAYLOR, R. S., BYNG, R., BAEYENS, C., READ, R., PEARSON, K. & WATSON, L. (2012). Guided self-help concreteness training as an intervention for major depression in primary care: a Phase II randomized controlled trial. *Psychological Medecine, 42*, 1359-1371.

WEBER, F. & EXNER, C. (2013). Metacognitive beliefs and rumination : A longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 1257-1261.

WELLS, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *29*, 107-121.

WELLS, A. & MATTHEWS, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 881-888.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:23 - © Dunod

Chapitre 6

Le perfectionniste, un patient idéal ? Vers une prise en charge transdiagnostique du perfectionnisme

Céline Douilliez, Julie Rivière, Marine Dupont

Note des auteurs L'écriture de ce chapitre a été facilitée par un contrat de recherche de l'Agence Nationale de la Recherche octroyé au premier auteur (ANR-13-JSH2-0003-01).

Toute correspondance concernant ce chapitre peut être adressée à Céline Douilliez, UFR de Psychologie, université Charles-de-Gaulle – Lille 3, Domaine universitaire du Pont de Bois, rue du Barreau – BP 60149, 59653 Villeneuve d'Ascq, France. Le courrier électronique peut être envoyé à celine.douilliez@univ-lille3.fr.

En 2004, Harvey, Watkins, Mansell et Shafran publiaient un ouvrage qui allait ouvrir la voie à un changement important dans la conceptualisation des troubles psychologiques. Ils y mettaient en évidence l'intérêt clinique d'identifier les processus qui constituent des facteurs de risque, de maintien et de récurrence communs à différents troubles. Depuis lors, les recherches menées dans cette

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

perspective ont permis l'identification de nombreux processus transdiagnostiques, comme en témoigne le présent ouvrage, ainsi que le développement de nouveaux protocoles d'intervention (e.g., Barlow *et al.*, 2011 ; Fairburn, 2008). Récemment, Egan, Wade et Shafran (2011) ont suggéré que le perfectionnisme pouvait également être considéré comme un processus transdiagnostique impliqué dans l'installation et/ou le maintien de nombreux troubles. Le perfectionnisme pourrait ainsi expliquer la comorbidité fréquemment observée entre ces différents troubles, comme l'illustre le cas de Lucie.

Lucie est une lycéenne qui est amenée en consultation par ses parents en fin d'année scolaire. Depuis plusieurs mois, Lucie consacre de plus en plus de temps (y compris les nuits, les week-ends) au travail scolaire afin d'atteindre les exigences très élevées qu'elle s'est fixées (« Je dois connaître chaque cours dans les moindres détails », « Avoir une bonne note ne suffit pas, je dois aussi être capable de faire des liens entre les différentes matières », « Je dois être la meilleure en sciences si je veux avoir une chance de faire médecine »). Ce rythme de travail a engendré progressivement un épuisement physique accompagné de symptômes dépressifs, avec comme conséquence l'impossibilité de passer les examens de fin d'année. À la rentrée scolaire suivante, ses parents ont également noté des changements dans un autre domaine. Lucie est devenue de plus en plus préoccupée par son poids et sa silhouette. Elle s'engage dans des comportements de restriction alimentaire et des comportements compensatoires. Elle a recours à des comportements de vérification afin de s'assurer qu'elle respecte ses exigences dans ce domaine (« Je dois être mince et musclée » ; « Aucun bourrelet n'est tolérable »). À ce moment, Lucie remplit les critères diagnostiques de l'anorexie.

Dans ce chapitre, après avoir défini le perfectionnisme et présenté les deux échelles d'évaluation les plus fréquemment utilisées, nous montrerons que le perfectionnisme joue un rôle important dans le trouble dépressif majeur, les troubles des conduites alimentaires,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble d'anxiété sociale. Ensuite, nous présenterons le modèle cognitivo-comportemental de Shafran, Cooper et Fairburn (2002) qui offre un cadre utile de conceptualisation des facteurs de maintien du perfectionnisme dans une perspective transdiagnostique. Enfin, nous examinerons les études qui ont testé l'efficacité de protocoles d'intervention ciblant spécifiquement le perfectionnisme.

Le perfectionnisme : définition et évaluation

Dans le champ de la psychopathologie, le perfectionnisme a longtemps été considéré comme un trait de personnalité par nature pathologique (e.g., Ellis, 1962). Les premières définitions étaient unidimensionnelles, faisant de la poursuite d'exigences personnelles excessivement élevées le noyau central du perfectionnisme (e.g., Burns, 1980). Toutefois, un large ensemble d'études est venu depuis lors questionner d'une part le caractère unidimensionnel du perfectionnisme et d'autre part sa nature par essence dysfonctionnelle.

En définissant le perfectionnisme comme la tendance à « se fixer des niveaux élevés de performance, accompagnée d'auto-évaluations excessivement critiques » (p. 450), Frost, Marten, Lahart et Rosenblate (1990) mettent l'accent sur la nécessité de concevoir le perfectionnisme comme un construit multidimensionnel. Depuis lors, la recherche sur le perfectionnisme s'est structurée de telle manière que les principales conceptualisations multidimensionnelles sont indissociables des outils qui ont été développés pour les évaluer. Ainsi, parmi les nombreuses mesures auto-rapportées de perfectionnisme (pour une revue des différents outils, voir Egan, Wade, Shafran & Antony, 2014), deux échelles multidimensionnelles ont

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

été développées au début des années 1990 et figurent toujours parmi les plus fréquemment utilisées.

Tout d'abord, Frost et ses collaborateurs (1990) ont développé la *Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS) qui évalue six dimensions constitutives du perfectionnisme : les standards personnels, les préoccupations par rapport aux erreurs, les doutes par rapport aux actions, les attentes parentales, les critiques parentales, et l'organisation. Cette échelle a été traduite et validée dans plusieurs langues dont le français (Bouvard *et al.*, 2000).

Parallèlement, Hewitt et Flett (1991a) ont développé une conceptualisation du perfectionnisme qui prend en compte la source et la cible des exigences. Ces auteurs insistent sur la distinction entre les composantes intra-personnelles et inter-personnelles du perfectionnisme. Leur échelle multidimensionnelle de perfectionnisme (HMPS *; Multidimensional Perfectionism Scale ;* Hewitt & Flett, 1991a) comporte trois dimensions : le perfectionnisme orienté vers soi, le perfectionnisme orienté vers autrui et le perfectionnisme socialement prescrit. Cette échelle a également été validée dans différentes langues, dont le français (Labrecque, Stephenson, Boivin & Marchand, 1998).

Bien que l'approche multidimensionnelle se soit imposée en raison d'un large support empirique, certains auteurs continuent à considérer le perfectionnisme comme un construit unidimensionnel. Par exemple, le modèle cognitivo-comportemental du perfectionnisme de Shafran *et al.* (2002) adopte une définition unidimensionnelle qui reste sujet à débat (Hewitt, Flett, Besser, Sherry & McGee, 2003).

Comme nous le soulignions précédemment, le perfectionnisme a longtemps été considéré comme inadapté. Cette vision a sans doute été largement biaisée par le champ de recherche, la psychopathologie, dans lequel il a été abondamment étudié. Toutefois, les résultats issus d'autres champs, tels que la psychologie du sport ou la psychologie de l'éducation, de même que le développement de recherches

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

basées sur une définition multidimensionnelle, ont permis de mettre en évidence des facettes plus adaptées du perfectionnisme (voir Stoeber & Otto, 2006, pour une revue).

Ainsi, les analyses factorielles réalisées sur les deux principales échelles multidimensionnelles identifient deux dimensions superordonnées de perfectionnisme (e.g., Frost, Heimberg, Holt, Mattia & Neubauer, 1993) : les efforts perfectionnistes et les préoccupations perfectionnistes[1]. La dimension « efforts perfectionnistes » est caractérisée par une motivation personnelle à se donner et à chercher à atteindre des exigences élevées (Frost *et al.*, 1993 ; Gaudreau & Thompson, 2010). Elle est constituée des sous-échelles « standards personnels » de la FMPS et « perfectionnisme orienté vers soi » de la HMPS. Cette dimension est associée à des variables psychologiques positives (e.g., l'auto-détermination et la satisfaction académique, Gaudreau & Thompson, 2010), ce qui a amené à la considérer comme une forme adaptée de perfectionnisme (Stoeber & Otto, 2006). Cependant, lorsqu'on examine les liens entre les efforts perfectionnistes et différents symptômes et difficultés, les résultats sont plus hétérogènes. À titre d'exemple, selon les études, les efforts perfectionnistes ne sont pas corrélés à la symptomatologie dépressive (e.g., Douilliez & Lefèvre, 2011), sont corrélés positivement (e.g., Bieling, Israeli & Antony, 2004) ou encore négativement quand l'effet des préoccupations perfectionnistes est contrôlé (DiBartolo, Chia Yen & Frost, 2008). La dimension « préoccupations perfectionnistes » est caractérisée par une lutte pour atteindre la perfection, perçue comme étant imposée par autrui et accompagnée d'autocritique et de doute à propos de la capacité à atteindre les objectifs fixés (Frost *et al.*, 1993 ; Gaudreau & Thompson, 2010). Elle regroupe la sous-échelle « perfectionnisme socialement prescrit » de la HMPS et les sous-échelles « préoccupations par rapport aux erreurs » et « doutes par rapport aux actions »

1. Les noms et compositions de ces dimensions varient selon les études. Nous avons ici choisi de suivre les recommandations de Stoeber et Otto (2006).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

de la FMPS. Elle est clairement associée à des aspects inadaptés du fonctionnement psychologique (Stoeber & Otto, 2006).

PERFECTIONNISME ET PSYCHOPATHOLOGIE

Une littérature abondante a examiné les liens entre le perfectionnisme et différents états psychopathologiques. Nous limiterons notre présentation au rôle du perfectionnisme dans le trouble dépressif, les troubles des conduites alimentaires, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble d'anxiété sociale. Cependant, des niveaux élevés de perfectionnisme ont également été mis en évidence dans le trouble bipolaire, la phobie spécifique, le trouble panique, le trouble anxieux généralisé, le trouble de stress post-traumatique, la peur d'une dysmorphie corporelle et le syndrome de fatigue chronique (voir Egan *et al.*, 2011 ; Egan *et al.*, 2014 ; Shafran & Mansell, 2001, pour des revues).

▶ Trouble dépressif majeur

Le trouble dépressif majeur est certainement l'un des troubles pour lequel le rôle du perfectionnisme est le mieux connu. Les patients souffrant de ce trouble rapportent des niveaux plus élevés de perfectionnisme socialement prescrit et de perfectionnisme orienté vers soi (e.g., Hewitt & Flett, 1991b ; Wheeler, Blankstein, Antony, McCabe & Bieling, 2011). Par ailleurs, la sévérité des symptômes dépressifs de ces patients est associée au perfectionnisme socialement prescrit (Enns & Cox, 1999 ; Hewitt & Flett, 1991b ; Hewit, Flett & Ediger, 1996) et au perfectionnisme orienté vers soi (Hewitt & Flett, 1991b ; Hewitt *et al.*, 1996).

De plus, les études longitudinales suggèrent que le perfectionnisme est prédictif de la symptomatologie dépressive. Par exemple, Hewitt

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

et al. (1996) ont mis en évidence que le score de perfectionnisme socialement prescrit est positivement corrélé au score de dépression mesuré 4 mois plus tard chez des personnes ayant été ou étant actuellement déprimées. Dans deux autres études, Dunkley et ses collaborateurs ont mis en évidence que le perfectionnisme, évalué par la sous-échelle autocritique de la *Dysfunctional Attitude Scale* (Weissman & Beck, 1978), prédisait l'augmentation des symptômes dépressifs à 3 ans (Dunkley, Sanislow, Grilo & McGlashan, 2006) et à 4 ans (Dunkley, Sanislow, Grilo & McGlashan, 2009) chez des patients ayant reçu le diagnostic de trouble dépressif majeur.

▶ Troubles des conduites alimentaires

La plupart des modèles théoriques des troubles des conduites alimentaires offrent une place centrale au perfectionnisme (e.g., Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton & Joiner, 2006 ; Fairburn, 2008). En effet, les études montrent que les patientes anorexiques ont des scores de perfectionnisme socialement prescrit et de perfectionnisme orienté vers soi plus élevés que des participantes du groupe contrôle (e.g., Bastiani, Rao, Weltzin & Kaye, 1995 ; mais voir Castro-Fornieles *et al.*, 2007). Selon l'étude de Bastiani *et al.* (1995), elles rapportent également des scores plus élevés à toutes les sous-échelles de la FMPS, excepté à la sous-échelle « attentes parentales ». Selon d'autres études, les patientes anorexiques (Halmi *et al.*, 2005) et les patientes présentant un trouble boulimique actuel ou passé (Lilenfeld *et al.*, 2000) ne montrent des scores plus élevés qu'aux sous-échelles « préoccupations par rapport aux erreurs » et « standards personnels ».

Dans des échantillons non-cliniques, le perfectionnisme socialement prescrit prédit les symptômes anorexiques mesurés de manière répétée durant 11 semaines, de même que les symptômes boulimiques lorsque l'effet de l'affectivité négative est contrôlé (Bardone-Cone,

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

2007). De même, les préoccupations par rapport aux erreurs sont associées à la symptomatologie boulimique mesurée trois mois plus tard (Steele, Corsini & Wade, 2007).

Enfin, Shafran, Lee, Payne, et Fairburn (2006) ont montré que les participantes chez lesquelles on avait induit expérimentalement des exigences personnelles élevées avaient tendance à choisir des aliments moins caloriques, à restreindre la quantité de nourriture ingérée et à avoir plus de regrets après avoir mangé, comparativement aux participantes chez lesquelles on avait induit de faibles exigences personnelles. De façon similaire, les participantes chez lesquelles on avait induit des efforts perfectionnistes, avec ou sans préoccupations perfectionnistes, rapportaient plus de restrictions et de symptômes hyperphagiques après 24h (Boone, Soenens, Vansteenkiste & Braet, 2012). Il s'agit des rares études ayant mis en évidence expérimentalement le rôle causal du perfectionnisme.

▸ Le trouble obsessionnel-compulsif

De nombreuses études ont examiné les relations entre le perfectionnisme et le trouble obsessionnel-compulsif, conduisant l'Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997) à proposer le perfectionnisme comme l'un des six domaines de croyances centraux dans ce trouble. Certaines études montrent que les patients obsessionnels-compulsifs ont en des scores de perfectionnisme socialement prescrit plus élevés que les participants du groupe contrôle (Antony, Purdon, Huta & Swinson, 1998) mais ce résultat n'est pas répliqué par Wheeler *et al.* (2011). Ils présentent également des scores plus élevés de préoccupations par rapport aux erreurs, de doutes par rapport aux actions (e.g., Buhlmann, Etcoff & Wilhelm, 2008 ; Chik, Whittal & O'Neill, 2008 ; Frost & Steketee, 1997 ; Sassaroli *et al.*, 2008 ; Wheeler *et al.*, 2011) et de critiques parentales (e.g.,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Frost & Steketee, 1997 ; Sassaroli *et al.*, 2008 ; mais voir Buhlmann *et al.*, 2008) que les participants du groupe contrôle. Dans la mesure où la sous-échelle « doutes par rapport aux actions » est en partie composée d'items issus du Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI ; Hodgson & Rachman, 1977), une échelle évaluant la symptomatologie obsessionnelle-compulsive, il se peut que les relations observées précédemment aient été surestimées. Ainsi, certains auteurs suggèrent que la sous-échelle « doute par rapport aux actions » reflète plus le comportement de vérification du trouble obsessionnel-compulsif que véritablement le construit de perfectionnisme (Shafran & Mansell, 2001).

▶ Le trouble d'anxiété sociale

La plupart des modèles cognitivo-comportementaux du trouble d'anxiété sociale incluent l'idée que les patients activent des croyances dysfonctionnelles liées à des standards excessivement élevés lorsqu'ils sont en situation de performance sociale (e.g., Clark & Wells, 1995 ; Hofmann, 2007 ; Rapee & Heimberg, 1997). Les études montrent effectivement que ces patients ont des scores plus élevés de perfectionnisme socialement prescrit (e.g., Antony *et al.*, 1998 ; Bieling & Alden, 1997 ; Wheeler *et al.*, 2011), de préoccupations par rapport aux erreurs, de doutes par rapport aux actions et de critiques parentales, comparativement à des participants du groupe contrôle (e.g., Antony *et al.*, 1998 ; Juster *et al.*, 1996 ; Lundh & Öst, 1996 ; Wheeler *et al.*, 2011). Une étude suggère qu'ils présentent également des scores plus élevés de perfectionnisme orienté vers soi (Wheeler *et al.*, 2011). La sévérité de l'anxiété sociale dans ces échantillons cliniques est associée aux scores de préoccupations par rapport aux erreurs et de doutes par rapport aux actions (e.g., Juster *et al.*, 1996 ; Rosser, Issakidis & Peters, 2003).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Cependant, les résultats d'une étude longitudinale réalisée dans un échantillon non-clinique sur une période de 12 mois suggèrent que le perfectionnisme auto-critique serait une conséquence et non un antécédent des symptômes d'anxiété sociale (Gautreau, Sherry, Mushquash & Stewart, 2015).

VERS UNE PRISE EN COMPTE DU PERFECTIONNISME DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES SPÉCIFIQUES

Des niveaux élevés d'efforts perfectionnistes et de préoccupations perfectionnistes semblent être caractéristiques des populations cliniques que nous venons d'examiner. De plus, les études longitudinales actuellement disponibles suggèrent que les scores aux dimensions les plus inadaptées du perfectionnisme (i.e., perfectionnisme auto-critique, perfectionnisme socialement prescrit) sont prédictifs des symptômes dépressifs et des symptômes des troubles des conduites alimentaires. Dans ces derniers troubles, les études expérimentales démontrent aussi le rôle causal des exigences personnelles dans la symptomatologie.

L'ensemble de ces résultats soutient la proposition selon laquelle le perfectionnisme est un processus transdiagnostique (Egan *et al.*, 2011) et plaide donc en faveur d'une prise en considération du perfectionnisme dans la prise en charge des patients. Cela semble d'autant plus essentiel que le niveau initial de perfectionnisme prédit une moins bonne réponse aux traitements spécifiques de ces troubles (e.g., la dépression ; Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow & Pilkonis, 1998 ; le trouble obsessionnel-compulsif, Chik, *et al.*, 2008 ; la phobie sociale, Lundh & Ost, 2001 ; la boulimie, Steele, Bergin & Wade, 2011).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Le modèle cognitivo-comportemental du perfectionnisme

Bien que l'on ait assisté à une explosion du nombre de publications sur le perfectionnisme ces trente dernières années, il faut avouer que ce champ de recherche manque encore de modèles intégrés permettant de rendre compte des processus impliqués dans la vulnérabilité des individus perfectionnistes. Il n'est dès lors pas aisé pour le clinicien de trouver un cadre de référence pour la prise en charge de ces patients perfectionnistes.

Afin de guider le clinicien dans ce processus, Shafran *et al.* (2002) ont développé un modèle cognitivo-comportemental du perfectionnisme pouvant servir de cadre pour la conceptualisation de cas selon une approche transdiagnostique. La version récemment révisée de ce modèle est présentée dans la figure 6.1 (d'après Shafran, Egan & Wade, 2010).

Ce modèle repose sur une définition du perfectionnisme clinique comme étant « la dépendance excessive de l'évaluation de soi à la poursuite déterminée d'exigences élevées d'un point de vue personnel, imposées à soi dans au moins un domaine hautement pertinent, malgré les conséquences délétères » (p. 778).

Ce modèle met l'accent sur l'existence d'un schéma d'auto-évaluation dysfonctionnel qui serait à l'origine des autres facteurs de maintien du perfectionnisme clinique. Les personnes perfectionnistes évaluent leur valeur personnelle à l'aune de leur capacité à atteindre les exigences élevées qu'elles se sont imposées dans un ou plusieurs domaines. Ces exigences sont opérationnalisées sous forme de règles rigides (e.g., « Je ne peux pas dépasser 50 kg », « Je dois toujours être à 100 % disponible pour mes enfants »).

L'évaluation subjective de l'atteinte des exigences est influencée par différents biais cognitifs, tels que le recours à une pensée dichotomique (Egan, Piek, Dyck & Rees, 2007), ou encore la tendance à

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

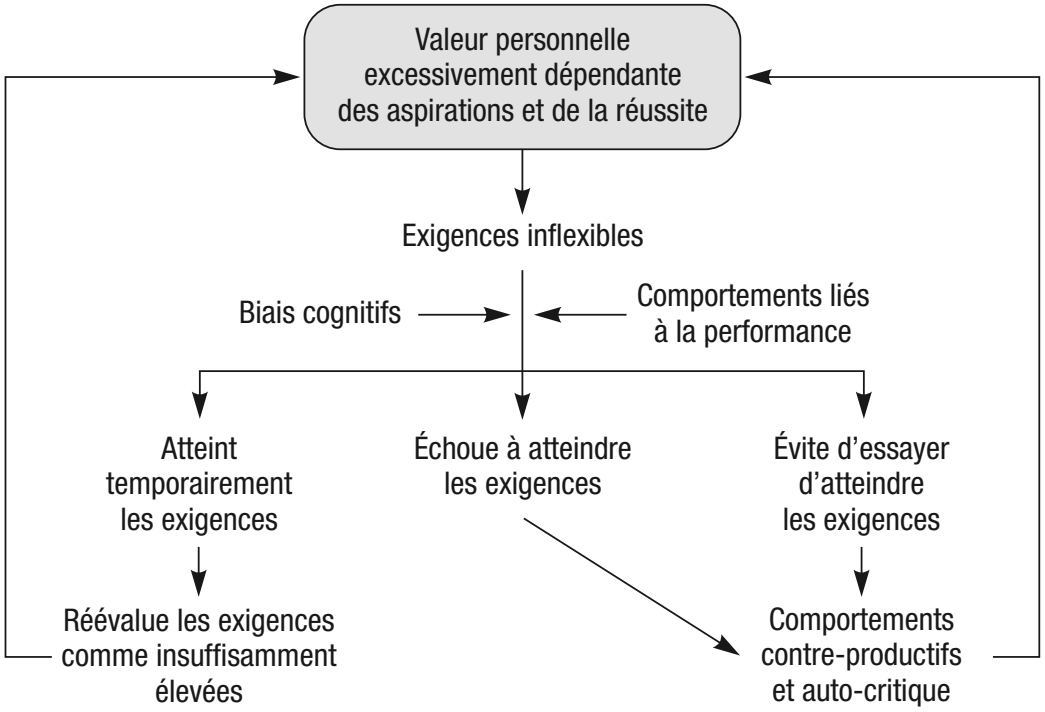

Figure 6.1. Le modèle cognitivo-comportemental de Shafran, Egan et Wade (2010)

être sélectivement attentif aux aspects négatifs (Howell *et al.*, sous presse).

Les personnes perfectionnistes mettent également en place des comportements liés à la performance, tels que des comportements de vérification. Cet aspect du modèle a encore fait l'objet de peu d'évaluations directes. Dans des tâches comportementales en laboratoire, Yiend, Savulich, Coughtrey, et Shafran (2011) rapportent que les participants hautement perfectionnistes présentent plus de comportements de vérification. Par contre, Bouchard, Rhéaume et Ladouceur (1999) n'ont pas mis en évidence cet effet.

Si la personne perfectionniste échoue à atteindre les exigences qu'elle s'est fixées, cela génère des pensées autocritiques qui vont renforcer son schéma d'auto-évaluation dysfonctionnel. De plus, après avoir reçu un feed-back négatif sur leur performance, les

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

personnes avec un niveau élevé de perfectionnisme orienté vers soi rapportent une plus grande diminution des affects positifs, plus de ruminations à propos des erreurs et une plus grande insatisfaction par rapport à la tâche (Besser, Flett & Hewitt, 2004). Le perfectionnisme orienté vers soi et le perfectionnisme socialement prescrit sont également associés à une augmentation des affects négatifs après un feed-back d'échec (Kornacka & Douilliez, 2014).

D'après ce modèle, si la personne atteint les exigences qu'elle s'était fixées, son niveau d'exigence est réévalué comme insuffisamment exigeant et est revu à la hausse. Les résultats de l'étude de Kobori, Hayakawa, et Tanno (2009) montrent que le perfectionnisme orienté vers soi est associé à la tendance à choisir un deuxième but plus difficile après avoir reçu un feed-back indiquant l'atteinte du précédent but. Cependant, Egan, Dyck et Allen (2012) ne rapportent pas d'association entre le score de perfectionnisme clinique et la tendance à augmenter le niveau d'exigence après une réussite.

Enfin, la poursuite de ces exigences et la peur de l'échec peuvent devenir si aversives que certaines personnes développent des comportements d'échappement et d'évitement, dont une forme particulièrement courante est la procrastination. Cependant, une étude longitudinale suggère que, bien que ces deux variables soient fortement liées, le perfectionnisme évalué au début d'un semestre universitaire ne prédit la procrastination ni en milieu ni à la fin du semestre (Rice, Richardson & Clark, 2012).

Si ce modèle a le mérite d'offrir au clinicien un cadre de référence utile pour la prise en charge des patients perfectionnistes, certaines de ses prédictions n'ont été que partiellement vérifiées empiriquement. De plus, en se focalisant essentiellement sur les dysfonctionnements cognitifs impliqués dans le maintien du perfectionnisme, les auteurs ont négligé le rôle des stratégies de régulation des émotions. Or celles-ci pourraient constituer un médiateur important de la relation entre le perfectionnisme et la détresse psychologique.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Par exemple, nous avons montré que les pensées répétitives de type analytique abstrait pouvaient être un médiateur de la relation entre les préoccupations perfectionnistes et d'une part, la réactivité négative (Kornacka & Douilliez, 2014) et d'autre part, les symptômes dépressifs (Di Schiena, Luminet, Philippot & Douilliez, 2012). De récentes études suggèrent également une relation négative entre le perfectionnisme et les stratégies d'acceptation (e.g., Santanello & Gardner, 2007) et la pleine conscience dispositionnelle (e.g., Argus & Thompson, 2008).

Ces réserves mises à part, le modèle de Shafran *et al.* (2002) reste une avancée majeure dans la conceptualisation et le développement de programmes d'intervention dans une perspective transdiagnostique (Egan *et al.*, 2014 ; Shafran *et al.*, 2010).

▶ Les interventions ciblant le perfectionnisme

Si le perfectionnisme constitue le problème principal du patient, est potentiellement à l'origine du développement de différents troubles, comme dans l'exemple de Lucie, et/ou interfère avec le déroulement du traitement, Egan *et al.* (2014) recommandent d'en faire une cible d'intervention prioritaire.

Les prises en charge centrées sur un trouble spécifique ne semblent pas toujours conduire à une diminution du perfectionnisme (e.g., Bastiani *et al.*, 1995 ; Srinivasagam, Kaye, Plotnicov, Greeno, Weltzin & Rao, 1995). Des programmes d'intervention cognitivo-comportementale ont dès lors été développés afin de cibler spécifiquement le perfectionnisme. Ces programmes ont des formats variés : individuel (e.g., Egan & Hine, 2008) ou de groupe (e.g., Steele *et al.*, 2013) ; en face-à-face (e.g., Glover, Brown, Fairburn & Shafran, 2007) ou délivré par internet (e.g., Arpin-Cribbie, Irvine & Ritvo, 2012). Par ailleurs, certains de ces programmes (e.g., Steele & Wade, 2008) sont accompagnés d'un ouvrage de self-help basé

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

sur les principes cognitivo-comportementaux (Antony & Swinson, 2009 ; Shafran *et al.*, 2010).

Une méta-analyse récente a examiné les résultats de 8 études – 3 avec séries d'études de cas contrôlés et 5 avec essais randomisés contrôlés – ayant testé l'efficacité de ces interventions chez des personnes présentant des troubles psychiatriques et/ou ayant des niveaux de perfectionnisme cliniquement significatifs (Lloyd, Schmidt, Khondoker & Tchanturia, 2014). Leur analyse met en évidence des tailles d'effet fortes pour la réduction des scores aux sous-échelles « standards personnels » et « préoccupations face aux erreurs » de la FMPS et à la sous-échelle « perfectionnisme orienté vers soi » de la HMPS, ainsi que des tailles d'effet moyennes pour la réduction des scores à la sous-échelle « perfectionnisme socialement prescrit ». Ce dernier résultat n'est pas surprenant dans la mesure où la plupart de ces programmes sont basés sur le modèle cognitivo-comportemental du perfectionnisme de Shafran *et al.* (2002) qui défendent une définition unidimensionnelle, dans laquelle le perfectionnisme socialement prescrit n'est pas considéré comme un élément central du perfectionnisme. Enfin, ces interventions produisent une diminution de l'anxiété et de la dépression de taille moyenne.

Récemment, deux nouvelles études ont montré l'efficacité d'une intervention cognitivo-comportementale de groupe dans la réduction du perfectionnisme (chez des patientes anorexiques hospitalisées, Lloyd, Fleming, Schmidt & Tchanturia, 2014 ; dans des groupes cliniques mixtes, Handley, Egan, Kane & Rees, 2015).

Implications cliniques et perspectives

Dans ce chapitre, nous avons démontré l'importance d'examiner le niveau initial de perfectionnisme et ce même si celui-ci ne constitue

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

pas la plainte principale du patient. Dans la mesure où le perfectionnisme peut constituer un facteur de risque et/ou de maintien d'un ou de plusieurs troubles présentés par le patient, son intégration dans la conceptualisation de cas devrait permettre une meilleure compréhension du fonctionnement psychologique du patient. L'identification précoce de niveaux élevés de perfectionnisme devrait également permettre au thérapeute d'anticiper les obstacles qui pourraient nuire à l'efficacité du traitement. Étant donné que les thérapies « classiques » centrées sur un trouble spécifique ne permettent pas toujours de diminuer le perfectionnisme, le thérapeute devrait envisager la mise en place de l'une des interventions centrées sur le perfectionnisme qui ont démontré leur efficacité à réduire le perfectionnisme dans des populations cliniques. De nouvelles études devront nous informer sur les conditions dans lesquelles ces interventions doivent être proposées. Par exemple, quand doivent-elles être mises en place (i.e., avant, parallèlement, ou après des protocoles ciblant un trouble spécifique) ? Actuellement, ces interventions reposent essentiellement sur des techniques cognitives visant la modification des croyances et des erreurs de pensées perfectionnistes. Elles proposent également le recours aux expériences comportementales en vue de tester ces croyances et de modifier les comportements perfectionnistes. Est-ce que l'ajout de modules basés sur les thérapies de la 3^{e} vague, visant à améliorer les stratégies de régulation des émotions, permettrait d'optimiser ces interventions ?

Enfin, si l'identification des processus impliqués dans la vulnérabilité des perfectionnistes à la détresse psychologique dépasse les objectifs de ce chapitre, il nous semble qu'il s'y trouve la voie la plus prometteuse pour l'optimisation de la prise en charge des patients perfectionnistes.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Références bibliographiques

Antony, M. M. & Swinson, R. (2009). *When Perfect isn't Good Enough: strategies for coping with perfectionism*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Antony, M. M., Purdon, C.L., Huta, V. & Swinson, R.P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 1143-1154.

Argus, G. & Thompson, M. (2008). Perceived social problem solving, perfectionism, and mindful awareness in clinical depression: An exploratory study. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 745-757.

Arpin-Cribbie, C., Irvine, J. & Ritvo, P. (2012). Web-based cognitive-behavioral therapy forperfectionism: a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 22*, 194-207.

Bardone-Cone, A. M. (2007). Self-oriented and socially prescribed perfectionism dimensions and their associations with disordered eating. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1977-1986.

Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F. & Joiner Jr., T. E. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 27-42.

Barlow, D.H., Farchione T.J., Fairholme C.P., Ellard K.K., Boisseau C.L., Allen L.B., *et al.* (2011). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T. & Kaye, W.H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 17,* 147-152.

Besser, A., Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2004). Perfectionism, cognition, and affect in response to performance failure versus success. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 22*, 301-328.

Bieling, P. J., Israeli, A. L. & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences, 36*, 1373-1385.

Bieling, P. J. & Alden, L.E. (1997). The consequences of perfectionism for patients with social phobia. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 387-395.

Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow, C. A. & Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 423-428.

Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M. & Braet, C. (2012) Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite*, *59*, 531-540.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

BOUCHARD, C., RHÉAUME, J. & LADOUCEUR, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: an experimental study. *Behaviour Research and Therapy, 37,* 239-248.

BOUVARD, M., ROBBE GRILLET, P., PHAM, S., MILLIERY, M., AMIRECHE, S., FANGET, F., … & COTTRAUX, J. (2000). Étude de validation d'une échelle multidimensionnelle du perfectionnisme. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 5,* 11-22.

BUHLMANN, U., ETCOFF, N. L. & WILHELM, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 540-547.

BURNS, D. D. (1980, Novembre). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-51.

CASTRO-FORNIELES, J., GUAL, P., LAHORTIGA, F., GILA, A., CASULÀ, V., FUHRMANN, C., IMIRIZALDU, M., SAURA, B., MARTÍNEZ, E. & TORO, J. (2007). Self-oriented perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 562-568.

CHIK, H. M., WHITTAL, M. L. & O'NEILL, M. P. (2008). Perfectionism and treatment outcome in obsessive compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 376-388.

CLARK, D. M. & WELLS, A. (1995). A Cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.

DI SCHIENA, R., LUMINET, O., PHILIPPOT, P. & DOUILLIEZ, C. (2012). Adaptive and maladaptive perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptive and maladaptive rumination. *Personality and Individual Differences, 53*, 574-578.

DIBARTOLO, P. M., CHIA YEN, L. & Frost, R. O. (2008). How Do the Dimensions of Perfectionism Relate to Mental Health? *Cognitive Therapy & Research, 32*, 401-417.

DOUILLIEZ, C. & LEFÈVRE, F. (2011). Interactive effect of perfectionism dimensions on depressive symptoms: A reply to Gaudreau and Thompson (2010). *Personality and Individual Differences, 50,* 1141-1151.

DUNKLEY, D. M., SANISLOW, C. A., GRILO, C. M. & MCGLASHAN, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms three years later: Negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 106-115.

DUNKLEY, D. M., SANISLOW, C. A., GRILO, C. M. & MCGLASHAN, T. H. (2009). Self-criticism vs neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment for 4 years in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry, 50*, 335-346.

EGAN, S. J., DICK, M. & and ALLEN, P.J. (2012). An Experimental Investigation of Standard Setting in Clinical Perfectionism. *Behaviour Change, 29*, 183-195.

EGAN, S. J. & HINE, P. (2008). Cognitive behavioural treatment of perfectionism: a single case experimental design series. *Behaviour Change, 25*, 245-258.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

EGAN, S. J., PIEK, J. P., DYCK, M. J. & REES, C. S. (2007). The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1813-1822.

EGAN, S. J., WADE, T. D. & SHAFRAN, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review, 31*, 203-212.

EGAN, S. J, WADE, T.D., SHAFRAN, R. & ANTONY, M.M. (2014). *Cognitive-Behavioral Treatment of Perfectionism*. New York : The Guilford Press.

ELLIS, A. (1962). *Reason and Emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart

ENNS, M. W. & COX, B.J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *37,* 783-794.

FAIRBURN, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.

FROST, R. O., HEIMBERG, R. G., HOLT, C. S., MATTIA, C.S. & NEUBAUER, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences, 14*, 119-126.

FROST, R. O., MARTEN, P., LAHART, C. & ROSENBLATE, R. (1990). The dimensions of perfectionsim. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 449-468.

FROST, R. O. & STEKETEE, R. O. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy, 35,* 291-296.

GAUDREAU, P. & THOMPSON, A. (2010). Testing a 2X2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences, 48*, 532-537.

GAUTREAU, C. M., SHERRY, S. B., MUSHQUASH, A. R. & STEWART, S. H. (2015). Is self-critical perfectionism an antecedent of or a consequence of social anxiety, or both? A 12-month, three-wave longitudinal study. *Personality and Individual Differences, 82*, 125-130.

GLOVER, D. S., BROWN, G. P., FAIRBURN, C. G. & SHAFRAN, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive behaviour therapy for clinical perfectionism: a case series. *British Journal of Clinical Psychology, 46*, 85-94.

HALMI, K. A., TOZZI, F., THORNTON, L. M., CROW, S., FICHTER, M. M., KAPLAN, A. S., *et al.* (2005). The relation among perfectionism, obsessive–compulsive personality disorder and obsessive–compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 38*, 371-374.

HANDLEY, A., EGAN, S. J., KANE, R. T. & REES, C. S. (2015). A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy 68*, 37-47.

HARVEY, A. G., WATKINS, E. R., MANSELL, W. & SHAFRAN, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.

HEWITT, P. L. & FLETT, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psycho-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

pathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 6*0, 456-470.

HEWITT, P. L. & FLETT, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 98-101.

HEWITT, P. L., FLETT, G. L., BESSER, A., SHERRY, S. B. & MCGEE, B. (2003). Perfectionism is multidimensional: A reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1221-1236.

HEWITT, P. L., FLETT, G. L. & EDIGER, E. (1996). Perfectionism and depression: longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 276-280.

HODGSON, R. J. & RACHMAN, S. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy, 15*, 389-395.

HOFMANN, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193-209.

HOWELL, J. A., MCEVOY, P. M., GRAFTON, B., MACLEOD, C., KANE, R. T., ANDERSON, R. A., EGAN, S. J. (sous presse). Selective attention in perfectionism: Dissociating valence from perfectionism-relevance, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.

JUSTER, H. R., HEIMBERG, R. G., FROST, R. O., HOLT, C. S., MATTIA, J. I. & FACCENDA, K., 1996 (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences, 21*, 403-410.

KOBORI, O., HAYAKAWA, M. & TANNO, Y. (2009). Do perfectionists raise their standards after success? An experimental examination of the revaluation of standard setting in perfectionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 515-521.

KORNACKA, M. & DOUILLIEZ, C. (2014). Perfectionnisme inadapté, pensées répétitives non constructives et réactivité émotionnelle. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 24*, 70-77.

LABRECQUE, J., STEPHENSON, R., BOIVIN, I. & MARCHAND, A. (1998). Validation de l'échelle multidimensionnelle du perfectionnisme auprès de la population francophone du Québec. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 3,*1-11.

LILENFELD, L. R., STEIN, D., BULIK, C. M., STROBER, M., PLOTNICOV, K., POLLICE, C., *et al.* (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine, 30*, 1399-1410.

LLOYD, S., SCHMIDT, U., KHONDOKER, M. & TCHANTURIA, K. (2014). Can Psychological Interventions Reduce Perfectionism? A Systematic Review and Meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *43,* 705-731.

LLOYD, S., FLEMING C, SCHMIDT U & TCHANTURIA K (2014). Targeting perfectionism in Anorexia Nervosa using a group based cognitive behavioural approach: a pilot study. *European Eating Disorder Review, 22*, 366-72.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

LUNDH, L.-G. & ÖST, L.-G. (1996). Stroop interference, self-focus and perfectionism in social phobics. *Personality and Individual Differences, 20*, 725-731.

LUNDH, L.-G. & ÖST, L.-G. (2001). Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 30*, 4-16.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 667-681.

RAPEE, R. M. & HEIMBERG, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research & Therapy, 35,* 741-756.

RICE, K. G., RICHARDSON, C. M. E. & CLARK, D. (2012). Perfectionism, procrastination, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology, 59,* 288-302.

ROSSER, S., ISSAKIDIS, C. & PETERS, L. (2003). Perfectionism and social phobia: Relationship between the constructs and impact on cognitive behaviour therapy. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 143-151.

SANTANELLO, A. W. & GARDNER, F. L. (2007). The role of experiential avoidance in the relationship between maladaptive perfectionism and worry. *Cognitive Therapy and Research, 31,* 319-332.

SASSAROLI, S., ROMERO LAURO, L. J., MARIA RUGGIERO, G., MAURI, M. C., VINAI, P. & FROST, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 757-765.

SHAFRAN, R., COOPER, Z. & FAIRBURN, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 773-791.

SHAFRAN, R., EGAN, S. J. & WADE, T. D. (2010). *Overcoming perfectionism: A self-help guide using cognitive-behavioural techniques*. London, UK: Constable & Robinson.

SHAFRAN, R., LEE, M., PAYNE, E. & FAIRBURN, C. G. (2006). The impact of manipulating personal standards on eating attitudes and behaviour. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 897-906.

SHAFRAN, R. & MANSELL, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review, 21*, 879-906.

SRINIVASAGAM, N. M., KAYE, W. H., PLOTNICOV, K. H., GREENO, C., WELTZIN, T. F. & RAO, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1630-1634.

STEELE, A. L., BERGIN, J. & WADE, T. D. (2011). Predictors of outcome in guided self-help treatment for Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *44*, 389-396.

STEELE, A. L., CORSINI, N. & WADE, T. D. (2007). The interaction of perfectionism, perceived weight status, and self-esteem to predict bulimic symptoms:

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

The role of a "benign" perfectionism. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1647-1655.

STEELE, A. L. & WADE, T. D. (2008). A randomised trial investigating guided self-help to reduce perfectionism and its impact on bulimia nervosa: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1316-1323.

STEELE, A. L., WAITE, S., EGAN, S. J., FINNIGAN, J., HANDLEY, H. and WADE, T. D. (2013). Psychoeducation and group cognitive-behavioural therapy for clinical perfectionism: a case series evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*, 129-143.

STOEBER, J. & OTTO, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenge. *Personality and Social Psychology Review*, *10*, 295-319.

WEISSMAN, A. N. & BECK, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the 86th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Canada.

WHEELER, H. A., BLANKSTEIN, K. R., ANTONY, M. M., MCCABE, R. E. & BIELING, P. J. (2011). Perfectionism in Anxiety and Depression: Comparisons across Disorders, Relations with Symptom Severity, and Role of Comorbidity. *International Journal of Cognitive Therapy, 4*, 66-91.

YIEND, J., SAVULICH, G., COUGHTREY, A. & SHAFRAN, R. (2011). Biased interpretation in perfectionism and its modification. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 892-900.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Chapitre 7

Biais attentionnels et psychopathologie : de la recherche fondamentale à la recherche-développement en technologies thérapeutiques

Alexandre Heeren

Note de l'auteur L'auteur de ce chapitre tient à remercier Elisabeth Colon pour ses commentaires sur une version antérieure de cette publication. Toute correspondance concernant cette publication peut être adressée à Alexandre Heeren, Psychology Department, William James Hall, Harvard University, Kirkland Street, 33, Cambridge, Massachussets, 02138, USA ou par courrier électronique via l'une des adresses suivantes : alexandreheeren@fas.harvard.edu ou heeren.alexandre@gmail.com.

DEPUIS LE DÉBUT des années 1980, de nombreuses validations empiriques d'interventions psychologiques ont été publiées. Cette démarche a toutefois connu des évolutions, principalement autour de deux méthodes de validation des interventions psychologiques. La première méthode se base sur la validation empirique de l'efficacité d'un programme thérapeutique, avec des études développées

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

en vue d'examiner si une intervention permet *de facto* une réduction significative de la symptomatologie visée. Cette méthode de validation a longtemps dominé le champ de la recherche en psychothérapie. Cela étant, comme largement discuté dans les premiers chapitres de cet ouvrage, une approche davantage processuelle que nosographique a récemment émergé dans le champ de la psychothérapie (par exemple, Dudley, Kuyken & Padesky, 2011 ; Mansell, Harvey, Watkins & Shafran, 2009). Dans ce contexte, une nouvelle méthode a émergé, davantage basée sur la validation du modèle de changement sous-tendant l'intervention que sur l'efficacité en termes de réduction de symptômes. Selon Barlow (2004), un modèle de changement stipule les processus et les mécanismes qui amènent à un changement du fonctionnement psychologique. Les programmes de recherche planifiés pour établir ce type de validité tentent de spécifier le ou les processus psychologiques qui sous-tendent l'efficacité de cette intervention. Cette connaissance est primordiale pour élaborer des interventions thérapeutiques utilisant au mieux les connaissances sur les processus de changement disponibles, et donc optimisant l'efficacité thérapeutique (Deacon, 2013 ; Philippot & Van Broeck, 2006). Cependant, à ce jour, il n'existe pas encore de cadre théorique strictement établi en vue de préciser le modèle de changement des interventions de nature transdiagnostique. Une des raisons est que les programmes d'interventions psychothérapeutiques ont longtemps été sous l'influence directe du modèle médical, centré sur les symptômes propres à un état psychopathologique donné, et non dérivés d'un modèle psychologique, centré sur les processus communs entre les différents états psychopathologiques (Deacon, 2013).

Parmi ces processus psychopathologiques, la recherche fondamentale suggère que le biais d'attention sélective envers l'information liée aux préoccupations propres des patients (que nous appellerons par la suite « biais attentionnel ») est susceptible de constituer un

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

facteur décisif dans l'apparition et le maintien des troubles anxieux et dépressifs, des addictions et des troubles alimentaires. La notion de biais attentionnel envers un certain type de stimuli (par exemple, araignée, stimuli liés à l'alcool, expressions faciales exprimant de la désapprobation sociale, mots liés à la tristesse) fait référence à une allocation différentielle des ressources attentionnelles envers ce type de stimuli, en comparaison à des stimuli émotionnellement neutres (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2007 ; Peckham, McHugh & Otto, 2010). Ce biais est généralement opérationnalisé par des temps de réaction plus courts lors de la détection de cibles apparaissant dans le même champ visuo-spatial que celui précédemment occupé par un stimulus lié aux préoccupations, en comparaison à des stimuli non liés à ces préoccupations (Bar-Haim *et al.*, 2007 ; Field, Munafò & Franken, 2009 ; Peckham *et al.*, 2010).

Toutefois, au-delà de la nature corrélationnelle de ce constat, énonçant simplement l'existence d'une forte association entre la manifestation d'un trouble émotionnel et la présence d'un biais attentionnel, de nombreux éléments laissent aujourd'hui penser que ce biais constituerait bien plus qu'un simple symptôme consécutif au trouble rencontré. Le présent chapitre a pour objectif de présenter et discuter ces recherches. Dans un premier temps, les études attestant de l'importance du biais attentionnel dans l'apparition et le maintien de vulnérabilité émotionnelle seront brièvement présentées. Dans un second temps, même si ces travaux sont encore aujourd'hui à un stade de développement quasi embryonnaire, les procédures thérapeutiques visant la manipulation expérimentale de ce biais seront discutées. Finalement, les perspectives de modèles de changement sous-tendant ces procédures cliniques seront envisagées.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

AUX ORIGINES DE L'INTÉRÊT POUR LE BIAIS ATTENTIONNEL

Il existe de nombreuses études descriptives sur le biais attentionnel chez des personnes souffrant de troubles émotionnels. Pourtant, la fonction de ce biais est longtemps restée sujette à de nombreux débats dans la littérature scientifique. Depuis peu, une série d'études a cependant suggéré qu'il pourrait constituer bien plus qu'une simple conséquence symptomatique du trouble rencontré (par exemple, Fox, Cahill & Zougkou, 2010 ; Lundh & Öst, 2001 ; Pilgrim, Marin & Lupien, 2010).

D'une part, le biais attentionnel constitue l'un des meilleurs prédicteurs statistiques du niveau de cortisol salivaire produit en réponse à un événement stressant. Cet effet a été observé tant en laboratoire qu'en situation écologique, et ce, même lorsqu'un intervalle de quatre mois séparait cette mesure salivaire de l'évaluation initiale du biais (Fox *et al.*, 2010 ; Pilgrim *et al.*, 2010). De même, parmi une série de prédicteurs incluant une mesure de l'impulsivité, des fonctions exécutives, l'attitude implicite vis-à-vis de stimuli liés à l'alcool et l'intensité du biais attentionnel envers des stimuli liés à l'alcool, seule la mesure de biais attentionnel prédisait la consommation et l'abus d'alcool deux ans après l'enregistrement de ces mesures (Janssen, Larsen, Vollebergh & Wiers, 2015). Des données similaires ont été rapportées dans le domaine des troubles alimentaires (Calitri, Pothos, Tapper, Brunstrom & Rogers, 2010). D'autre part, l'intensité du biais attentionnel constitue un prédicteur du maintien des bénéfices cliniques consécutifs à une psychothérapie jusqu'à 20 mois après la fin de cette dernière, alors qu'aucun aspect de l'intervention n'était conçu de sorte à cibler le biais attentionnel (par exemple, Lundh & Öst, 2001 ; Mogg, Bradley, Millar & White, 1995). Dans le domaine des addictions, le biais attentionnel prédit

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

également le risque de rechute post-sevrage (Carpenter, Martinez, Vadhan, Barnes-Holmes & Nunes, 2012 ; Noël *et al.*, 2006).

Dans l'ensemble, ces résultats ont donc amené les chercheurs à rapidement conceptualiser le biais attentionnel comme un processus constituant bien plus qu'une simple conséquence symptomatique de l'état psychopathologique. Progressivement, l'hypothèse d'une implication causale de ces biais attentionnels a donc été envisagée.

Implication causale du biais attentionnel dans la vulnérabilité émotionnelle

Malgré les travaux présentés ci-dessus, l'implication causale du biais attentionnel dans le développement et le maintien des états psychopathologiques a longtemps fait l'objet de controverses théoriques par manque de procédure permettant la manipulation expérimentale directe de ce construit en laboratoire. Une série d'études a cependant permis de dépasser cette limite.

Parmi elles, l'étude pionnière de MacLeod, Rutherford, Campbell, Ebsworthy & Holker (2002) a été la première à manipuler expérimentalement le biais d'attention sélective au moyen d'une version modifiée de la tâche de sondage attentionnel (voir figure 7.1 pour plus de détails sur ce paradigme expérimental). Cette version modifiée avait été conçue de manière à entraîner les participants présentant un niveau modéré d'anxiété-trait à porter leur attention vers des stimuli neutres ou des stimuli menaçants. Dans chacune de ces deux conditions, 672 essais étaient présentés sur un écran d'ordinateur. Chaque essai était constitué d'une paire de mots, l'un menaçant et l'autre neutre. Dans la condition neutre, la majorité des cibles apparaissait dans la même localisation visuo-spatiale que le mot neutre. Dans la condition menaçante, la cible apparaissait

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

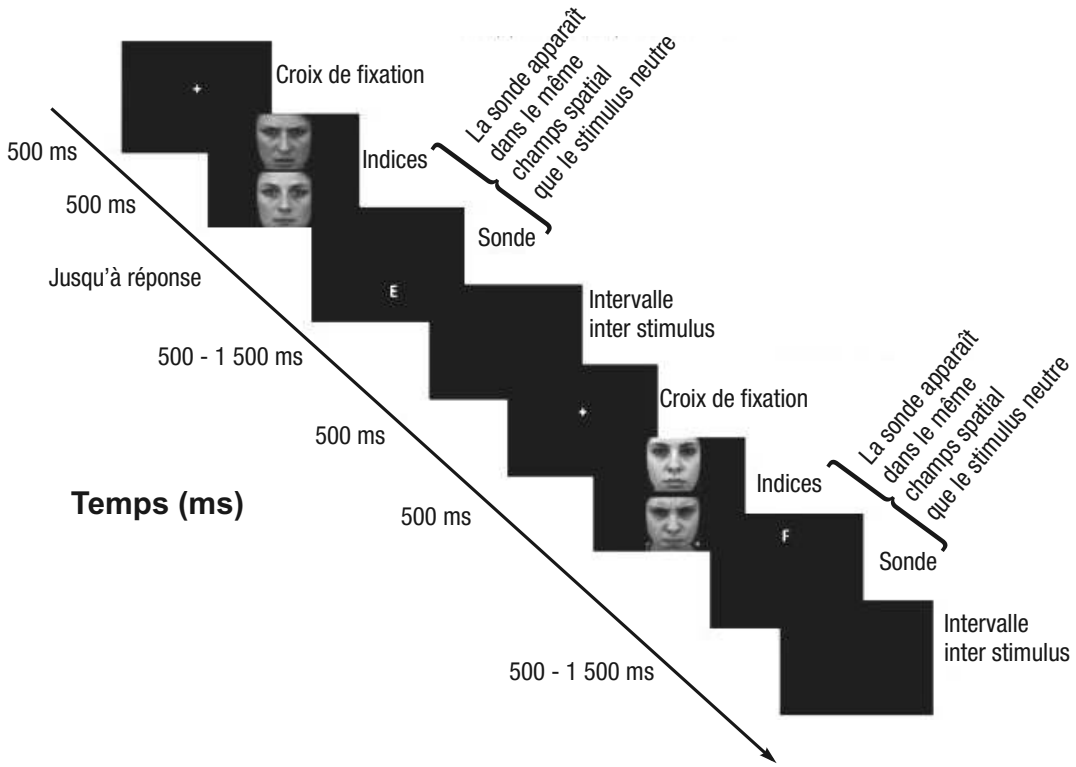

Figure 7.1. Illustration de la procédure de modification du biais attentionnel

Dans la version originale du paradigme de sondage attentionnel destinée à l'évaluation du biais attentionnel, deux stimuli (par exemple, un visage socialement désapprobateur et un visage neutre) sont présentés sur un écran, l'un en dessous de l'autre (ou l'un à côté de l'autre) durant un temps de présentation de 500 ms. Un stimulus sonde apparaît ensuite dans la localisation spatiale préalablement occupée par l'un des deux stimuli. Les participants reçoivent l'instruction de presser le plus rapidement possible le bouton correspondant à la nature de la sonde utilisée. Dans la tâche de modification de biais attentionnels, les chercheurs ont modifié cette tâche de manière à ce que la sonde apparaisse dans 95 % des essais dans le même champ visuo-spatial que le stimulus neutre, entrainant ainsi les sujets à porter leur attention vers l'information non liée aux préoccupations. Dans la condition contrôle, le même paradigme est utilisé, mais incluant une absence de contingence entre la nature de l'indice et la sonde.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

dans la même localisation visuo-spatiale que le mot menaçant. En comparaison des participants entrainés à porter leur attention sur les mots neutres, ceux entrainés à porter leur attention sur les mots menaçants présentaient une augmentation significative de leur niveau d'anxiété situationnelle suite à une tâche stressante. Ce résultat, répliqué depuis (par exemple, Heeren, Peschard & Philippot, 2012), suggère que des variations d'attention sélective envers l'information menaçante contribueraient à l'installation de différences interindividuelles en termes de réactivité émotionnelle à des événements stressants. Puisque l'induction d'un biais attentionnel envers la menace est associée à une augmentation de la réactivité à un stress induit expérimentalement, il est alors légitime d'inférer que ce biais participe « causalement » à l'accroissement de la réactivité émotionnelle. Sur le plan théorique, ces résultats permettent de confirmer l'hypothèse formulée depuis longtemps par une série de modèles cognitifs des troubles émotionnels, selon laquelle des biais d'attention sélective participeraient au développement de nombreux troubles psychopathologiques (par exemple, Bar-Haim *et al.*, 2007 ; Beck & Clark, 1997 ; Mathews & Mackintosh, 1998 ; Wiers, Gladwin, Hofmann, Salemink & Ridderinkhof, 2013). Toutefois, malgré la portée de ces travaux de recherche fondamentale en termes de compréhension théorique, le transfert de ces connaissances vers la pratique clinique ne s'est pas fait rapidement. Il a fallu d'abord attendre plusieurs années avant qu'une logique similaire soit appliquée à la modélisation du rôle du biais attentionnel dans le maintien des troubles émotionnels et que n'en dérivent de nouvelles perspectives de technologies thérapeutiques.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

VERS UNE UTILISATION THÉRAPEUTIQUE DE LA MODIFICATION DU BIAIS ATTENTIONNEL

Malgré le succès de l'intégration progressive de la psychologie cognitive dans la recherche fondamentale sur la compréhension des troubles psychopathologiques, l'efficacité des procédures d'interventions cognitives en psychothérapie, par exemple la restructuration cognitive, est longtemps restée sujette à caution. En outre, jusqu'à peu, les interventions psychologiques ne considéraient presque jamais les biais de traitement cognitif de l'information émotionnelle, tels que les biais attentionnels, comme des cibles thérapeutiques prioritaires dans la prise en charge thérapeutique. Une des raisons majeures est sans doute le manque d'accessibilité verbale directe à ces processus. En effet, ces biais opèrent au travers de régions cérébrales sous-corticales peu ou pas accessibles au traitement conscient et volontaire (Ledoux, 2000). L'application thérapeutique des théories de l'apprentissage ayant prouvé son efficacité au travers de l'exposition aux stimuli aversifs (Bouton, 2002), la priorité avait alors été laissée à l'exposition avec prévention de réponse d'évitement. Toutefois, de nouvelles technologies cliniques directement élaborées à partir des travaux décrits ci-dessus, permettant de modifier les biais cognitifs sans nécessité de traitement conscient et volontaire, sont actuellement en train d'émerger. Bien que ces procédures aient d'abord été créées en vue d'examiner la nature causale des biais attentionnels, une application directe a été de mettre en lumière que leur manipulation expérimentale menait à une réduction de la réactivité émotionnelle lors de la confrontation à des événements stressants. À partir de ce constat, la notion de modification du biais attentionnel, au sens thérapeutique du terme, a rapidement émergé.

À un niveau pratique, cette approche découle directement de l'idée que les tâches utilisées pour observer les biais de traitement de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

l'information émotionnelle peuvent également être utilisées à des fins de revalidation thérapeutique pour modifier ces biais. Cette démarche est fort analogue à celle habituellement utilisée dans le domaine de la revalidation neuropsychologique (Klingberg, 2010 ; Seron, 2002). À l'instar des travaux pionniers qui visaient l'induction d'un biais attentionnel envers un certain type de stimuli (par exemple, MacLeod *et al.*, 2002), les chercheurs ont adapté la tâche de sondage attentionnel[1], décrite dans la figure 7.1, de manière à entraîner les participants à porter leur attention vers l'information non liée à leurs préoccupations. Amir, Weber, Beard, Bomyea & Taylor (2008) ont été les premiers à montrer qu'entraîner des personnes souffrant d'anxiété sociale à porter leur attention sur des visages neutres plutôt que menaçants amenait à une réduction du niveau d'anxiété auto-rapportée lors de la réalisation d'une tâche stressante de présentation orale subséquente à la manipulation expérimentale.

Rapidement, d'autres études ont répliqué cette observation pour d'autres troubles psychopathologiques et ont montré qu'une réduction du biais attentionnel envers l'information liée aux préoccupations était associée à une réduction du niveau de symptomatologie. De tels résultats ont d'abord été rapportés chez des personnes souffrant de phobie sociale et de trouble anxieux généralisé (pour une revue récente, voir Heeren, Mogoaşe, Philippot & McNally, 2015c ; Mogoaşe, David & Koster, 2014). En outre, la réduction de l'anxiété sociale et de l'anxiété généralisée était maintenue jusqu'à quatre mois après la fin de l'intervention quand bien même aucun autre

1. La plupart des études sur la modification du biais attentionnel ont utilisé une variante de la tâche de sondage attentionnel. Seules quelques études ont utilisé un paradigme de recherche visuelle plutôt qu'un paradigme de sondage attentionnel (par exemple, Dandeneau, Baldwin, Baccus, Sakellaropoulo & Pruessner, 2007). Toutefois, il importe de noter que les résultats de ces travaux de recherches, consistant à entrainer les participants à localiser un visage souriant au sein d'une matrice de visages socialement menaçants, sont tout à fait congruents avec ceux observés dans le cadre des recherches sur le paradigme du sondage attentionnel.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

élément thérapeutique n'avait été introduit dans la prise en charge (Amir *et al.*, 2009 ; Schmidt, Richey, Buckner & Timpano, 2009). Une méta-analyse examinant l'efficacité des procédures de modification du biais attentionnel dans le domaine de l'anxiété a montré que cette procédure était associée à une taille d'effet moyenne en ce qui concerne la réduction du niveau de symptomatologie et une large taille d'effet pour la réduction du biais attentionnel (Hakamata *et al.*, 2010). Des méta-analyses récentes corroborent ces résultats en prenant en compte les études menées auprès de patients souffrant de troubles de l'humeur, d'addictions et également de troubles alimentaires (Beard, Sawyer & Hofmann, 2012 ; Mogoaşe *et al.*, 2014). Par ailleurs, bien que les travaux antérieurs n'aient pas systématiquement examiné l'association entre les tailles d'effets associées à la réduction du biais attentionnel et celles issues de la réduction du niveau de symptomatologie, Hakamata et ses collaborateurs (2010) ont démontré que les tailles d'effets de ces deux construits étaient positivement corrélées (r = .75), suggérant que la réduction du biais attentionnel consécutive à la procédure de modification du biais attentionnel est associée à la réduction du niveau de symptomatologie. Une telle corrélation entre la magnitude de la réduction du biais attentionnel et celle du niveau de symptomatologie a également été confirmée dans des méta-analyses plus récentes, incluant un plus large nombre d'études, ainsi que des études portant sur d'autres troubles psychopathologiques que l'anxiété (par exemple, Heeren *et al.*, 2015c ; Mogoaşe *et al.*, 2014). Cela étant, malgré des résultats initiaux extrêmement prometteurs auprès de patients souffrant d'addictions ou de troubles de l'humeur, les résultats des méta-analyses récentes suggèrent une moindre efficacité de cette procédure pour ces deux catégories de troubles psychopathologiques (Beard *et al.*, 2012 ; Mogoaşe *et al.*, 2014). Néanmoins, il est encore aujourd'hui particulièrement difficile de savoir si ces tailles d'effet inférieures découlent réellement d'une moindre efficacité thérapeutique auprès de ces populations

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

ou, *a contrario*, reflètent simplement le manque d'études incluant de larges échantillons pour ces populations. D'autres recherches devront donc éclairer ce débat.

Vers un modèle de la modification du biais attentionnel

Outre la validation empirique de l'efficacité des interventions psychologiques, il est également possible de valider une intervention thérapeutique par une explication du modèle de changement la sous-tendant. Toutefois, bien que de nombreux modèles théoriques partagent l'hypothèse d'une implication du biais attentionnel dans l'installation et le maintien de la symptomatologie, nombreuses sont les divergences entre ces modèles quant à la nature exacte des processus menant eux-mêmes au développement et au maintien de ces biais. Selon Heeren, De Raedt, Koster & Philippot (2013), ces modèles peuvent être regroupés en deux catégories distinctes.

Dans une première approche, le maintien du biais attentionnel serait le résultat de perturbations d'un système d'évaluation initiale de la valence des stimuli présents dans l'environnement. Les personnes souffrant de troubles émotionnels présenteraient un seuil d'activation plus faible de ce système d'évaluation pour les stimuli liés à leurs préoccupations, ayant pour conséquence une augmentation directe des ressources attentionnelles allouées envers ces stimuli. Au niveau théorique, de nombreux modèles cognitifs de l'anxiété partagent cette hypothèse (par exemple, Beck & Clark, 1997 ; Mathews & Mackintosh, 1998 ; Mogg & Bradley, 1998). Ainsi, le modèle cognitivo-motivationnel de l'anxiété (Mogg & Bradley, 1998) postule que deux systèmes sont impliqués dans l'apparition de l'anxiété face à un stimulus menaçant : un système d'évaluation de la valence du stimulus et une facilitation de l'allocation de l'attention

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

vers ce stimulus si celui-ci est évalué comme lié aux préoccupations. Cette dernière étape activerait en outre la réponse émotionnelle d'anxiété une fois l'attention allouée vers ce stimulus. Des propositions similaires ont également été développées dans le cadre des addictions (Everitt & Robbins, 2005 ; Franken, 2003 ; Robinson & Berridge, 1993) et des troubles alimentaires (Aspen, Darcy & Lock, 2013). Une série d'études récentes a déjà attesté de la possibilité de manipuler expérimentalement un tel système d'évaluation de la valence au moyen de procédures informatisées visant le pairage répété de stimuli liés aux préoccupations avec des stimuli de valence opposée, de façon à en modifier la valence d'origine (Baccus, Baldwin & Packer, 2004 ; Clerkin & Teachman, 2010). La prochaine étape critique consistera donc à évaluer l'impact d'une telle procédure sur l'intensité du biais attentionnel et sur le niveau de symptomatologie. Si ce système de détection de la valence constitue lui-même un processus psychopathogène avéré dans le maintien des symptômes rencontrés, sa modification devrait mener à des changements au niveau du biais attentionnel ainsi que du niveau de symptomatologie. En ce sens, si ce programme de recherche mène à des résultats concluants, sans doute verrons-nous apparaître prochainement des procédures d'interventions thérapeutiques visant directement ce processus d'évaluation de la valence.

Selon une deuxième catégorie de modèles, le biais attentionnel résulterait d'une moindre capacité à recruter les ressources exécutives lors de la confrontation à des stimuli liés aux préoccupations. Différents modèles neurocognitifs soutiennent cette hypothèse (par exemple, Bishop, 2008 ; Eysenck & Derakshan, 2011). Sur le plan empirique, cette conception est le résultat de deux courants majeurs de recherche.

D'une part, une série d'études a révélé la présence d'une modération de l'intensité du biais attentionnel en fonction du niveau préalable de contrôle exécutif, tant dans le domaine de l'anxiété (Derryberry

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

& Reed, 2002), des troubles de l'humeur (Koster, De Lissnyder, Derakshan & De Raedt, 2011) que des addictions (Houben & Wiers, 2009). Les individus présentant un moindre niveau de contrôle exécutif manifestent un niveau plus important de biais attentionnel. Cela étant, le bien-fondé de cette association reste sujet à caution car aucune étude n'a, à ce jour, directement investigué l'impact d'une procédure de réentrainement du contrôle exécutif sur l'intensité du biais attentionnel. Toutefois, de nombreuses études indiquent que les personnes présentant des états psychopathologiques distincts et variés présentent *de facto* de moindres performances dans des tâches cognitives requérant un tel contrôle exécutif, et ce même pour du matériel à caractère non émotionnel (pour une revue récente, voir Snyder, Miyake & Hankin, 2015). Néanmoins, la nature exacte de ces altérations reste encore sujet à de nombreux questionnements, notamment en ce qui concerne la spécificité du ou des processus exécutifs altérés susceptibles de constituer un processus transdiagnostique impliqué dans différents états psychopathologiques (pour une discussion à ce sujet, voir Heeren, Billieux, Philippot & Maurage, 2015b). D'autre part, il a été suggéré que le biais attentionnel pourrait également résulter d'une moindre activation de la partie dorsolatérale du cortex préfrontal. En accord avec cette hypothèse, les données issues de la neuroimagerie rapportent une diminution de l'activation de cette région durant la réalisation de tâches de biais attentionnel (par exemple, Bishop, 2009). En outre, des changements du niveau d'activation de cette région au cours d'une procédure de modification du biais attentionnel constituent un prédicteur du succès thérapeutique de cette dernière (Browning, Holmes, Murphy, Goodwin & Harmer, 2010). Plus récemment, Heeren, Baeken, Vanderhasselt, Philippot & De Raedt (2015a) ont directement manipulé expérimentalement l'excitabilité corticale de cette région au moyen d'une procédure de stimulation transcrânienne par courant continu durant une procédure de modification du biais attentionnel chez des personnes présentant un haut niveau d'anxiété-trait. Les

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

participants ayant été soumis à un accroissement de l'excitabilité corticale de cette région durant la modification du biais attentionnel ont présenté une réduction significativement plus importante du biais attentionnel. Dans l'ensemble, ces deux axes soutiennent l'hypothèse que le contrôle exécutif est impliqué dans le maintien du biais attentionnel, et, plus largement, du niveau de symptomatologie clinique. Des travaux ultérieurs devront toutefois en assurer l'implication causale dans le maintien du biais attentionnel et du niveau de symptomatologie, en examinant notamment l'effet de procédures d'entrainement ciblant directement ces processus exécutifs. À cet effet, des procédures de revalidation neuropsychologique des processus exécutifs ou de neurostimulation directe des régions cérébrales les sous-tendant pourraient être utilisées. Des travaux dans cette voie sont actuellement en cours de réalisation, impliquant notamment la stimulation transcrânienne par courant continude la partie dorsolatérale du cortex préfrontal en vue de réduire le biais attentionnel de patients souffrant d'anxiété sociale avérée (Heeren *et al.*, soumis).

PERSPECTIVES ET DISCUSSION

Tant au niveau des facteurs d'installation que de maintien de plusieurs psychopathologies, la recherche a mis en évidence l'importance des biais de sélectivité attentionnelle envers l'information liée aux préoccupations. La recherche a récemment permis le développement de procédures informatisées innovantes et efficaces en vue de réduire ces biais attentionnels et, en retour, le niveau de symptomatologie clinique. Bien que ces procédures soient encore peu diffusées en dehors des laboratoires de recherche, on observe un grand enthousiasme pour la recherche-développement de techniques directement utilisables en contexte clinique. Cela se traduit notamment par une démarche progressive de mise en ligne d'applications

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

« prototypes » visant la modification du biais attentionnel[1]. Néanmoins, l'absence de prise en compte de la nature idiosyncratique des difficultés rencontrées par les patients au sein de ces prototypes constitue encore une limite majeure. Notre espoir est que la recherche-développement dans ce domaine permette rapidement l'avènement de technologies cliniques produisant des entraînements élaborés à partir des préoccupations des patients. De même, comme en témoigne la recherche fondamentale actuelle sur les mécanismes sous-tendant le maintien du biais attentionnel, de nouvelles formes d'intervention ciblant plus spécifiquement des processus évaluatifs et de contrôle exécutif devraient prochainement voir le jour et ainsi profondément renouveler la nature de ces programmes d'entrainement cognitif. Notre espoir est que la diffusion de ces nouvelles approches soit à l'origine d'une connaissance et d'une application plus vaste de ces technologies.

Références bibliographiques

Amir, N., Beard, C., Taylor, C. T., Klumpp, H., Elias, J., Burns, M. & Chen, X. (2009). Attention training in individuals with generalized social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 961-973.

Amir, N., Weber, G., Beard, C., Bomyea, J. & Taylor, C. T. (2008). The effect of a single-session attention modification program on response to a public-speaking challenge in socially anxious individuals. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 860-868.

1. Une série de start-up visant le développement de telles applications a récemment vu le jour. Ainsi, l'entreprise « ManagingYourAnxiety » (www.managingyouranxiety.com) est entièrement dédiée à la commercialisation en ligne de logiciels de modification du biais attentionnel adaptés aux différents troubles anxieux. Une version francophone a également été développée et est téléchargeable gratuitement (www.ecsa.ucl.ac.be/personnel/EyesProber/EyesProber/Home.html). De manière similaire, des applications pour téléphones portables ont également déjà été développées. À titre illustratif, l'application « Personal Zen » (Dennis & O'Toole, 2014) est disponible gratuitement sur différentes plateformes de téléchargement.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

ASPEN, V., DARCY, A. M. & LOCK, J. (2013). A review of attention biases in women with eating disorders. *Cognition & Emotion, 27,* 820-838.

BACCUS, J. R., BALDWIN, M. W. & PACKER, D. J. (2004). Increasing implicit self-esteem through classical conditioning. *Psychological Science, 15*, 498-502.

BAR-HAIM, Y., LAMY, D., PERGAMIN, L., BAKERMANS-KRANENBURG, L. & VAN IJZENDOORN, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and non-anxious individuals: A meta-analytic study, *Psychological Bulletin*, *133*, 1-24.

BARLOW, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist, 59*, 869-878.

BEARD, C., SAWYER, A. T. & HOFMANN, S. G. (2012). Efficacy of attention bias modification using threat and appetitive stimuli: A meta-analytic review. *Behavior Therapy, 43*, 724-740.

BECK, A. T. & CLARK, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 49-58.

BISHOP, S. (2008). Neural mechanisms underlying selective attention to threat. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1129*, 141-152.

BISHOP, S. J. (2009). Trait anxiety and impoverished prefrontal control of attention. *Nature Neuroscience, 12*, 92-98.

BOUTON, M. E. (2002). Context, ambiguity, and unlearning: Sources of relapse after behavioural extinction. *Biological Psychiatry, 52*, 976-986.

BROWNING, M., HOLMES, E. A., MURPHY, S. E., GOODWIN, G. M. & HARMER, C. J. (2010). Lateral prefrontal cortex mediates the cognitive modification of attentional bias. *Biological Psychiatry, 67,* 919-925.

CALITRI, R., POTHOS, E. M., TAPPER, K., BRUNSTROM, J. M. & ROGERS, P. J. (2010), Cognitive Biases to Healthy and Unhealthy Food Words Predict Change in BMI. *Obesity, 18*, 2282-2287.

CARPENTER, K. M., MARTINEZ, D., VADHAN, N. P., BARNES-HOLMES, D. & NUNES, E. V. (2012). Measures of attentional bias and relational responding are associated with behavioral treatment outcome for cocaine dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 38*, 146-154.

CLERKIN, E. M. & TEACHMAN, B. A. (2010). Training implicit social anxiety associations: an experimental intervention. *Journal of Anxiety Disorders,* 24, 300-308.

DANDENEAU, S. D., BALDWIN, M.W., BACCUS, J.R., SAKELLAROPOULO M. & PRUESSNER, J.C. (2007). Cutting stress off at the pass: reducing vigilance and responsiveness to social threat by manipulating attention. *Journal of Personality and Social Psychology, 13*, 651-666.

DEACON, D. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review, 33*, 846-861.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

DENNIS, T. A. & O'TOOLE, L. J. (2014). Mental health on the go: Effects of a gamified attention-bias modification mobile application in trait-anxious. *Clinical Psychological Science, 25*, 576-590.

DERRYBERRY, D. & REED, M. A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 225-236.

DUDLEY, R., KUYKEN, W. & PADESKY, C. A. (2011). Disorder specific and transdiagnostic case conceptualization. *Clinical Psychology Review*, *31*, 213-224.

EVERITT, B. J. & ROBBINS, T. W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: From actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience, 8*, 1481-1489.

EYSENCK, M. W. & DERAKSHAN, N. (2011). New perspectives in attentional control theory. *Personality and Individual Differences, 50*, 955-960.

FIELD, M., MUNAFÒ, M. R. & FRANKEN, I. H. A. (2009). A Meta-Analytic Investigation of the Relationship Between Attentional Bias and Subjective Craving in Substance Abuse. *Psychological Bulletin, 135*, 589-607.

FOX, E., CAHILL, S. & ZOUGKOU, K. (2010). Preconscious processing biases predict emotional reactivity to stress. *Biological Psychiatry, 67*, 371-377.

FRANKEN, I. A. (2003). Drug craving and addiction: Integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 27*, 563-579.

HAKAMATA, Y., LISSEK, S., BAR-HAIM, Y., BRITTON, J. C., FOX, N. A., LEIBENLUFT, E., ... PINE, D. S. (2010). Attention bias modification treatment: A meta-analysis toward the establishment of novel treatment for anxiety. *Biological Psychiatry, 68*, 982-990.

HEEREN, A., BAEKEN, C., VANDERHASSELT, M.-A., PHILIPPOT, P. & DE RAEDT, R. (2015a). Impact of anodal and cathodal transcranial direct current stimulation over the left dorsolateral prefrontal cortex during attention bias modification: an eye-tracking study. *PLOS ONE*. *10*(4): e0124182.

HEEREN, A., BILLIEUX, J., PHILIPPOT, P., DE RAEDT, R., BAEKEN, C., DE TIMARY, P., MAURAGE, P. & VANDERHASSELT, M.-A. (soumis pour publication). Impact of transcranial Direct Current stimulation on attentional bias for threat: A proof-of-concept study among individuals with social anxiety disorder.

HEEREN, A., BILLIEUX, J., PHILIPPOT, P. & MAURAGE, P. (2015b). Looking under the hood of executive function impairments in psychopathology: A commentary on "Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: bridging the gap between clinical and cognitive approaches". *Frontiers in Psychology, 6, 1170*.

HEEREN, A., DE RAEDT, R., KOSTER, E. H. W. & PHILIPPOT, P. (2013). The (neuro)cognitive mechanisms behind attention bias modification in anxiety: Proposals based on theoretical accounts

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

of attentional bias. *Frontiers in Human Neuroscience, 7, 119*.

HEEREN, A., MOGOAŞE, C., PHILIPPOT, P. & MCNALLY, R. J. (2015c). Attention bias modification for social anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 40*, 76-90.

HEEREN, A., PESCHARD, V. & PHILIPPOT, P. (2012). The causal role of attentional bias for threat cues in social anxiety: A test on a cyber-ostracism task. *Cognitive Therapy and Research, 36*, 512-521.

HOUBEN, K. & WIERS, R. W. (2009). Response inhibition moderates the relationship between implicit associations and drinking behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33, 626-633.

JANSSEN, T., LARSEN, H., VOLLEBERGH, W. A. M. & WIERS, R. W. (2015). Longitudinal relations between cognitive bias in adolescent alcohol use. *Addictive Behaviors, 44*, 51-57.

KLINGBERG, T. (2010). Training and plasticity of working memory. *Trends in Cognitive Science, 14*, 317-324.

KOSTER, E. H. W., DE LISSNYDER, E., DERAKSHAN, N. & DE RAEDT, R. (2011). Understanding depressive rumination from a cognitive science perspective: the impaired disengagement hypothesis. *Clinical psychology review, 31,* 138-45.

LEDOUX, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience, 23*, 155-184.

LUNDH, L. G. & ÖST, L. G. (2001). Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 30*, 4-16.

MACLEOD, C., RUTHERFORD, E., CAMPBELL, L., EBSWORTHY, G. & HOLKER, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 107-123.

MANSELL, W., HARVEY, A., WATKINS, E. & SHAFRAN, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*, 6-19.

MATHEWS, A. & MACKINTOSH, B. (1998). A cognitive model of selective processing in anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 539-560.

MOGG, K. & BRADLEY, B. P. (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 809-848.

MOGG, K., BRADLEY, B. P., MILLAR, N. & WHITE, J. (1995). A follow-up study of cognitive bias in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research Therapy, 33*, 927-935.

MOGOAŞE, C., DAVID, D. & KOSTER, E. H. W. (2014). Clinical efficacy of attentional bias procedures: An updated meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *70*, 1133-1157.

NOËL, X., COLMANT, M., VAN DER LINDEN, M., BECHARA, A., BULLENS, Q., Hanak, C. & VERBANCK P. (2006). Time course of

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

attention for alcohol cues in abstinent alcoholic patients: the role of initial orienting. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, *30*, 1871-1877.

PECKHAM, A. D., MCHUGH, R. K. & OTTO, M. W. (2010). A meta-analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depression and Anxiety, 27*, 1135-1142.

PILGRIM, K., MARIN, M.-F. & LUPIEN, S. J. (2010). Attentional orienting towards social stress stimuli predicts increased cortisol responsivity to psychosocial stress irrespective of the early socieconomic status. *Psychoneuroendocrinology, 35*, 588-595.

PHILIPPOT, P. & VAN BROECK, N. (2006). La psychothérapie à la croisée des chemins : Recherche, évaluation et formation. *Acta Psychiatrica Belgica, 106*, 99-104.

ROBINSON, T. E. & BERRIDGE, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain research reviews, 18,* 247-291.

SERON, X. (2002). *La neuropsychologie cognitive* (5e Ed.). Paris : PUF.

SCHMIDT, N. B., RICHEY, J. A., BUCKNER, J. D. & TIMPANO, K. R. (2009). Attention training for generalized social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*, 5-14.

SNYDER, H. R., MIYAKE, A. & HANKIN, B. L. (2015). Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: Bridging the gap between clinical and cognitive approaches *Frontiers in Psychology, 6*: 328.

WIERS, R. W., GLADWIN, T. E., HOFMANN, W., SALEMINK, E. & RIDDERINKHOF, K. R. (2013). Cognitive bias modification and cognitive control training in addiction and related psychopathology: mechanisms, clinical perspectives, and ways forward. *Clinical Psychological Science, 1*, 192-212.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Chapitre 8

Approche processuelle de l'insatisfaction corporelle clinique : conceptualisation et intervention dans la peur d'une dysmorphie corporelle

François Nef

L'INSATISFACTION CORPORELLE est une expérience banale. En effet, un grand nombre de personnes des deux sexes, jeunes et âgés, se plaignent de leur apparence physique (Cash & Smolak, 2011). La plupart du temps, il s'agit de simples « complexes physiques » non invalidants. Il en va tout autrement des « troubles de l'expérience corporelle » où une insatisfaction corporelle extrême est la plainte principale, voire exclusive. La « peur d'une dysmorphie corporelle » (PDC) – anciennement appelée « dysmorphophobie » – en est la meilleure illustration (Gilbert & Miles, 2002).

À travers l'analyse de la PDC comme prototype de trouble de l'expérience corporelle, ce chapitre présente une approche psychologique

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

du phénomène d'insatisfaction corporelle clinique. Il s'agit d'une « approche processuelle » de la conceptualisation et de l'intervention cliniques, proche de l'approche transdiagnostique (Nef, Philippot & Verhofstadt, 2012 ; Philippot, Bouvard, Baeyens & Dethier, 2015). Elle explique les phénomènes psychologiques problématiques par des mécanismes/processus psychologiques particuliers, communs à plusieurs troubles et/ou spécifiques à certains troubles. Elle dérive ses interventions thérapeutiques à partir de cette modélisation théorique.

Ce chapitre aborde successivement l'expérience corporelle et ses perturbations, la PDC comme « modèle » de trouble de l'expérience corporelle, la conceptualisation de l'insatisfaction corporelle clinique dans la PDC et enfin les interventions thérapeutiques centrées sur l'insatisfaction corporelle clinique dans la PDC et les autres troubles de l'expérience corporelle.

L'EXPÉRIENCE CORPORELLE ET LES TROUBLES DE L'EXPÉRIENCE CORPORELLE

Notre apparence physique produit des réactions chez les autres et chez nous-mêmes. Nos réactions personnelles à notre corps forment notre « expérience corporelle » (Cash, 2008 ; Cash & Grant, 1996).

Notre expérience corporelle comprend l'ensemble de nos réactions psychologiques à notre apparence physique. C'est l'expérience directe, concrète que nous faisons de notre corps dans une situation précise, à un moment donné : c'est l'expérience contextuelle singulière de notre corporéité. Elle englobe les sensations physiques éprouvées, les représentations mentales de son corps, le vécu émotionnel au corps et les comportements (approche ou évitement) en réaction au corps.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

L'expérience corporelle est non seulement fonction des représentations corporelles (image corporelle, croyances de base et attitudes) mais aussi d'autres dimensions de soi (estime de soi, perfectionnisme, valeurs...) et d'autres facteurs contextuels, internes (fatigue, stress...) et externes (culture, compétitivité...).

Quand l'expérience corporelle est hautement aversive, récurrente et handicapante, on parle d'insatisfaction corporelle clinique ou pathologique. Dans une perspective phénoménologique, les troubles mentaux dans lesquels l'insatisfaction corporelle est la plainte centrale et un signe clinique cardinal, comme dans la PDC, les troubles des conduites alimentaires (TCA) ou encore le trouble délirant somatique, sont des troubles de l'expérience corporelle.

La PDC représente un trouble de l'expérience corporelle très invalidant. C'est une « préoccupation concernant un/des défaut(s)/imperfection(s) imaginaire(s) de l'apparence ou bien une/des anomalie(s) bénigne(s) de celle-ci » (APA, 2013). En cas de défaut physique apparent, la préoccupation est excessive par rapport au défaut. Ce souci entraîne une détresse importante et perturbe le fonctionnement normal de l'individu et de son entourage. La personne atteinte adopte des comportements répétitifs centrés sur son physique (vérifications, masquages, réparations, demandes de réassurance, grattage...). Elle a une conscience morbide plus ou moins forte : elle a la simple impression, la croyance ou la conviction de présenter une difformité ou une laideur visible.

Les préoccupations concernent généralement plusieurs parties du corps, voire le corps en entier, ou certaines caractéristiques corporelles comme un manque de musculature. Les plaintes les plus fréquentes touchent le visage (nez, peau, yeux...), les cheveux (perte, épaisseur...) et la peau (teint, netteté, texture, rides...) (Olivardia, 2004). Elles peuvent être précises (un nez crochu) ou vagues (une impression diffuse de laideur). Elles peuvent varier dans le temps. La plupart du temps, des interventions esthétiques n'ôtent pas la détresse.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

CONCEPTUALISATION PROCESSUELLE DE L'INSATISFACTION CORPORELLE CLINIQUE DANS LA PDC

Pour rendre compte des processus psychologiques explicatifs de la PDC, nous intégrons en un modèle unifié plusieurs théories abordant l'insatisfaction corporelle clinique ou des troubles apparentés[1]. Ce modèle identifie différents mécanismes psychologiques en œuvre dans la PDC. Ces processus sont des facteurs de maintien ou d'exacerbation de l'insatisfaction corporelle clinique. Ils constituent des cibles thérapeutiques sur lesquelles agir par des interventions empiriquement fondées.

Une fois installée, la PDC s'auto-perpétue par plusieurs processus psychologiques, individuels et interpersonnels. La figure 8.1 illustre le modèle processuel du maintien de la PDC et d'autres problèmes psychologiques (TCA, phobie sociale…) ou somatiques (obésité, psoriasis…) dans lesquels une insatisfaction corporelle clinique est un phénomène caractéristique de l'affection.

▶ Auto-centration et focalisation sur l'apparence

La personne avec une PDC porte son attention sur des stimuli se référant à sa personne : des sensations, cognitions (pensées, images, souvenirs) et émotions relatives à elle. Cette auto-centration empêche la prise d'informations nouvelles susceptibles de venir nuancer ou contredire les *a priori* négatifs sur son physique. De plus, dans des situations sociales, cette centration sur soi maintient la gêne en prévenant l'observation des réactions effectives des autres.

1. Honte corporelle (Gilbert, 2002) ; ICC (Cash, 2002) ; PDC (Veale & Neziroglu, 2010) ; TCA (Williamson, Stewart, White & York-Crowe, 2002) ; phobie sociale (Clark & Wells, 1995) ; TOC (Rachman, 2003) ; hypocondrie (Salkovskis & Bass, 1997).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

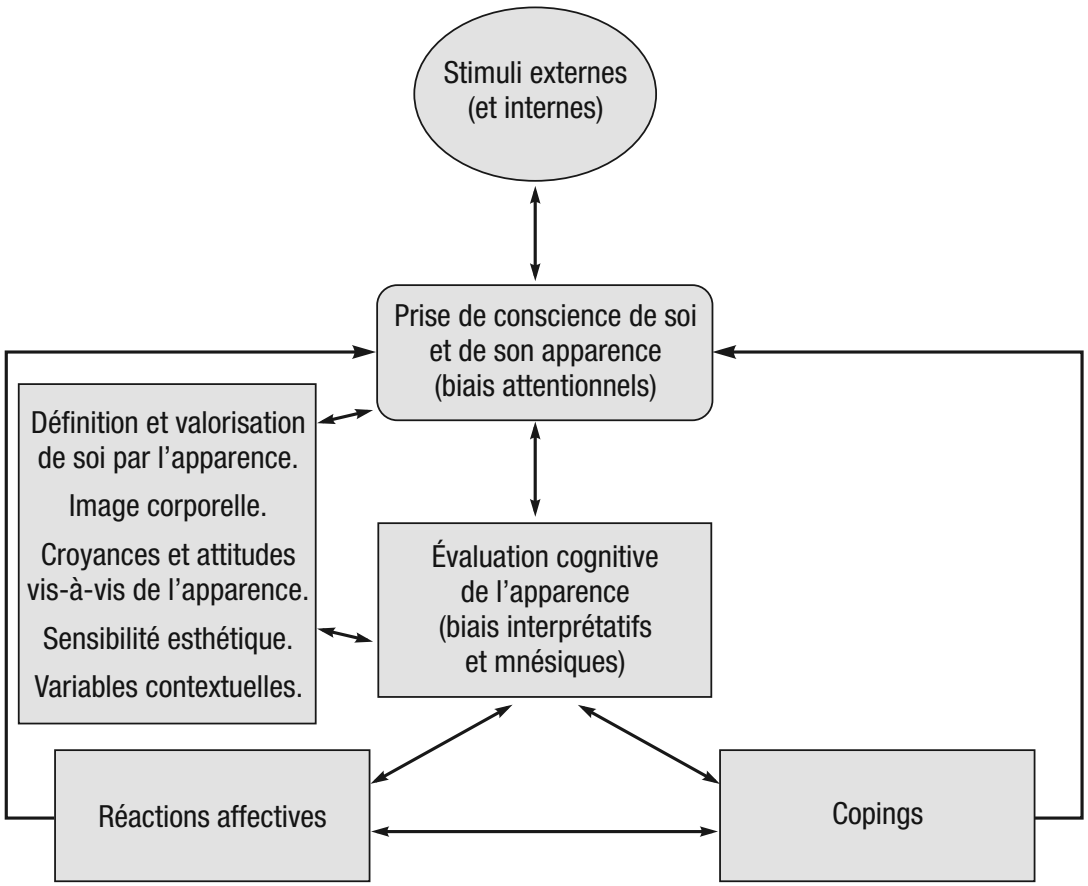

Figure 8.1. Processus de maintien de l'ICC dans la PDC

Elle est source de « distraction », ce qui entrave les interactions ; elle peut susciter des réactions sociales désagréables, comme de l'incompréhension, de l'indifférence ou du rejet (Clark & Wells, 1995).

Cette centration générale sur soi se double d'une attention sélective envers certains stimuli corporels. Divers stimuli – externes et internes – augmentent la prise de conscience de sa corporéité. Par exemple, la personne voit son corps dans le miroir d'une cabine d'essayage, ressent un aplatissement de ses fesses en s'asseyant, ou présente des intrusions mentales relatives à son physique.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Les personnes avec une PDC centreraient leur attention sur les parties de leur corps qu'elles détestent le plus, à l'inverse des personnes sans PDC qui considéreraient toutes les parties, celles qu'elles affectionnent le plus et le moins (Greenberg, Reuman, Hartmann, Kasarskis & Wilhelm, 2014). Cette attention exclusive mettrait en évidence les « défauts » au détriment des zones corporelles neutres ou appréciées.

Dans la PDC, le traitement visuel du visage a été mis en cause dans la perception de défauts physiques (Kerwin, Hovav, Hellemann & Feusner, 2014). Les personnes avec une PDC reconnaissent facilement les visages, même présentés à l'envers, peut-être du fait de leurs propres préoccupations pour leur visage les incitant à le vérifier de façon répétée (Jefferies, Laws, Hranov & Fineberg, 2010). Elles reconnaissent correctement leur visage parmi des images transformées de leur visage (Lambrou, 2006) et évaluent finement les proportions de leur visage (Thomas & Goldberg, 1995).

Cependant, les personnes avec une PDC auraient un style perceptif focalisé sur les détails, ce qui leur ferait percevoir le moindre écart par rapport aux standards de beauté (Mundy & Sadusky, 2014 ; Stangier, Adam-Schwebe, Müller & Wolter, 2008). De plus, elles identifieraient difficilement les expressions faciales de peur, colère, mépris ou de tristesse, ce qui pourrait leur faire croire à tort à une gêne ou un rejet de l'autre du fait d'une apparence anormale chez elles (Buhlmann, McNally, Etcoff, Tuschen-Caffier & Wilhelm, 2004 ; Jefferies, Laws & Fineberg, 2012).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Évaluation du corps comme objet esthétique et traitement de l'information corporelle

Évaluation esthétique du corps

Cette polarisation de l'attention sur le corps donne lieu à des évaluations de l'apparence physique selon des critères comme la beauté, la symétrie, la perfection, la pureté, la jeunesse, la désirabilité sociale... Ces évaluations se fondent sur des exigences personnelles et/ou sur le jugement social (Anson, Veale & de Silva, 2012).

La personne évalue son corps comme un « objet (in)esthétique » (Veale & Neziroglu, 2010). Elle imagine comment elle apparaît aux yeux d'un observateur extérieur ; elle perçoit son apparence à travers une représentation imagée de son corps tel qu'un observateur pourrait l'appréhender. Cette « visualisation » est ressentie comme le corps réel, tellement l'impression ressentie est réaliste : la personne « fusionne » avec la représentation imagée de son corps, ce qui lui procure une impression d'expérience corporelle sensible, vécue. Elle vit son corps à travers le prisme déformant de sa construction mentale.

Cette évaluation cognitive de l'apparence physique est influencée par : (1) la définition et la valorisation de soi à travers son attractivité physique ; (2) la représentation mentale du corps, c'est-à-dire l'« image corporelle » ; (3) les croyances et attitudes générales relatives à l'apparence physique et ses implications personnelles et interindividuelles ; (4) la sensibilité esthétique ; (5) des variables contextuelles, plus ou moins stables, comme l'estime de soi, le perfectionnisme, l'affectivité, l'environnement plus ou moins compétitif...

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

La place du physique dans la définition et la valorisation de soi

Les personnes PDC surinvestissent leur apparence physique dans la définition et la valorisation d'elles comme personnes. Elles ne cherchent pas spécialement à se conformer aux standards socio-culturels de beauté (Veale, Kinderman, Riley & Lambrou, 2003). Elles souffrent plutôt de ne pas pouvoir atteindre leurs propres critères de beauté : elles perçoivent un écart important entre leur beauté perçue par elles-mêmes et leur idéal personnel de beauté. Elles en éprouvent de la « honte interne » (humeur déprimée) plutôt que de la « honte externe » (anxiété sociale). Chez elles, l'attractivité physique est une valeur idéalisée qui entretient les croyances surinvesties sur l'importance de l'apparence.

L'image mentale du corps

Par rapport à des sujets sans PDC, les personnes avec une PDC ont des images mentales du corps plus fréquentes, plus réalistes et évaluées plus négativement. Ces images mettent en avant leurs défauts physiques et sont vues « de l'extérieur », telles que perçues par un observateur externe (Osman, Cooper, Hackmann & Veale, 2004).

Ces représentations sont souvent associées à des souvenirs traumatiques précis, comme des souvenirs de moqueries ou de rejets, des souvenirs de changements corporels embarrassants, voire des souvenirs de traumatismes sexuels. Ces souvenirs confèrent à l'imagerie une impression de réalisme. Ils favorisent la « fusion cognitive » avec l'image corporelle, soit une difficulté à différencier le corps imagé/subjectif du corps réel/objectif.

Les croyances, postulats et attitudes à propos du physique

Les personnes avec une PDC entretiennent des croyances fondamentales et des postulats sur l'apparence, tenus pour vrais et absolus (Cash, 2008). Par exemple, « Je suis moche et sans valeur » ou « Si j'étais moins laid, je serais plus satisfait de moi et je plairais aux

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

autres ». Ces schémas concernent des enjeux existentiels comme l'estime de soi et l'acceptation de soi par autrui : ils touchent la perception de soi en termes de compétence/valeur personnelle, de beauté/normalité et d'amabilité/acceptabilité (Osman *et al.*, 2004).

Ces schémas cognitifs orientent le traitement des expériences corporelles et influencent les réactions au corps perçu. Ils entraînent des comportements de compensation (utiliser un fond de teint pour cacher la pâleur du visage), de contrôle (se regarder dans le miroir) et d'évitement (rester chez soi plutôt qu'aller à un repas entre amis) qui visent la régulation de l'expérience corporelle aversive. Loin d'altérer les cognitions dysfonctionnelles et la détresse émotionnelle, ces comportements de protection les entretiennent.

La sensibilité esthétique

Les personnes avec une PDC auraient un sens esthétique particulièrement développé, contribuant à leur trouble (Veale & Neziroglu, 2010). Cette sensibilité les rendrait plus réalistes et plus critiques lors de l'évaluation esthétique de leur personne. Comme ces personnes identifient plus facilement des images parfaites (de leur visage, de celui d'autrui et d'un objet neutre comme un bâtiment) et sont sensibles à la symétrie de leur visage, elles identifieraient aisément toute imperfection de leur apparence physique, tout au moins de leur visage.

Cependant, il se pourrait aussi qu'elles portent sélectivement leur attention sur leurs défauts physiques, au détriment des parties corporelles plus jolies (Jansen, Nederkoorn & Mulkens, 2005) et que leur évaluation soit exempte du biais d'auto-complaisance pour l'apparence observé chez les personnes normales (Jansen, Smeets, Martijn & Nederkoorn, 2006).

Cette sensibilité rendrait ces personnes très réactives aux critères de beauté physique en général et à leur attractivité physique en particulier (Lambrou, 2006). Par exemple, elles se réjouissent peu

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

devant une version attractive de leur visage et expriment beaucoup de dégoût devant des versions peu avenantes de leur visage. Cette forte réactivité émotionnelle favoriserait l'adoption de copings orientés vers la résolution du problème (correction du défaut perçu) ou vers l'insatisfaction corporelle elle-même (évitements expérientiels) (cf. « Copings dysfonctionnels »).

Le contexte, externe et interne

La satisfaction corporelle n'est pas un trait stable mais un phénomène contextuel (Cash & Grant, 1996). Elle est fonction de plusieurs facteurs comme le sexe, l'âge, le milieu socio-professionnel, l'état de santé, l'estime de soi, le style d'attachement, le perfectionnisme, l'investissement personnel dans l'apparence physique ou encore l'humeur (Nef & Hayward, 2008). Par exemple, en cas de dysphorie, des femmes insatisfaites de leur corps ont tendance à surestimer leur corpulence (Carrard & Ceschi, 2008).

Le traitement cognitif de l'information corporelle

L'évaluation de soi en fonction de l'apparence physique s'accompagne de processus de traitement de l'information particuliers, plus ou moins automatisés/contrôlés, impliqués dans le développement d'une insatisfaction corporelle clinique (Williamson, Stewart, White & York-Crowe, 2002).

Les personnes avec une PDC présentent un manque de flexibilité cognitive dans des tâches neuropsychologiques testant les fonctions attentionnelles (Hanes, 1998). Cette inflexibilité serait associée à leurs préoccupations répétitives à propos de leur apparence (Jefferies *et al.*, 2010). Une fois engagées dans l'observation scrupuleuse de leur apparence, elles auraient des difficultés à s'en dégager et à porter leur attention ailleurs (Greenberg *et al.*, 2014 ; Windheim, Veale & Anson, 2011).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Des études ont également montré des biais d'interprétation d'informations ambigües chez des femmes préoccupées par leur physique. Elles interprètent des phrases ambigües relatives au corps dans le sens de la grosseur plutôt que de la minceur (Jackman, Williamson, Netemeyer & Anderson, 1995 ; Watkins, Martin, Mueller & Day, 1995, cités par Carrard & Ceschi, 2008).

Enfin, les personnes avec une insatisfaction corporelle clinique présentent des biais mnésiques pour les informations relatives au physique. Elles ont de meilleurs souvenirs spécifiques des stimuli relatifs à la silhouette et au poids corporel et ce indépendamment de leur état émotionnel (Carrard & Ceschi, 2008).

▶ Réactions affectives négatives

Une évaluation négative de son apparence entraîne des affects dysphoriques (dégoût de soi, gêne, tristesse, culpabilité, colère). Ces réactions sont déterminées par les mécanismes d'attention sélective sur soi et son apparence, par les biais évaluatifs et mnésiques et enfin par des copings dysfonctionnels.

▶ Copings dysfonctionnels

La personne avec une PDC adopte des stratégies qui ont pour fonction de modifier l'expérience aversive, de la contrôler ou de la moduler. Elle cherche à se prémunir des cognitions négatives et des émotions aversives associées à la conscience douloureuse de son apparence physique (Veale & Neziroglu, 2010). Paradoxalement, ces comportements entraînent à terme une augmentation de la détresse (Veale & Riley, 2001).

Les personnes avec une PDC se regardent fréquemment dans le miroir. Ce comportement compulsif induit des doutes sur l'apparence, active des cognitions négatives (pensées négatives, images corporelles

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

déformées, souvenirs pénibles) et pousse à se scruter davantage, portant sélectivement son attention sur les imperfections (Windheim *et al.*, 2011). Cette habitude pourrait diminuer leur évaluation d'attractivité de leur propre visage et augmenter la beauté perçue des visages d'autres personnes. Par contre, chez les personnes sans PDC, on observe une augmentation de l'attractivité pour son image après l'avoir regardée (Mulkens & Jansen, 2009). Dans la PDC, cet effet délétère pourrait s'expliquer par une attention sélective sur les imperfections, des exigences élevées, une acuité esthétique ou encore un manque de biais de complaisance pour son apparence.

Stratégies comportementales

La personne PDC utilise plusieurs comportements de protection. Une première stratégie consiste à réparer/restaurer son apparence physique. Les démarches auprès des médecins spécialistes (chirurgiens plasticiens, dermatologues, orthodontistes…) en sont une bonne illustration, qu'un défaut physique existe et soit « réparable » ou qu'il soit peu important, voire inexistant. Le maquillage/fardage du visage, le bronzage de la peau, le nettoyage/gommage de la peau, le perçage/arrachage (« picking ») des boutons… visent l'amélioration du physique. Une seconde stratégie consiste à vérifier/contrôler l'état de son apparence physique, par soi-même (vérifications dans le miroir, pesées compulsives…) ou via autrui (demandes de réassurance). Une comparaison avec des personnes plus jolies que soi est fréquemment rapportée. Ce biais d'échantillonnage conduit à des distorsions cognitives (conclusions hâtives dramatisation…) et *in fine* à de l'insatisfaction corporelle clinique. Les *demandes de réassurance* auprès de l'entourage proche, voire auprès d'inconnus, ne sont pas rares. Elles amènent parfois à des disputes, des remontrances… qui génèrent du stress chez la personne et accentuent son insatisfaction corporelle clinique. Ces demandes peuvent aussi amener les proches à rassurer la personne. Cette dernière est alors

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

temporairement apaisée mais cela ne fait que la conforter dans ses préoccupations corporelles. Une troisième stratégie consiste à se distraire de la conscience de son défaut, à chercher à l'oublier, à éviter la moindre confrontation avec son imperfection physique (se doucher dans l'obscurité pour « oublier » ses vergetures).

Stratégies cognitives

À ces stratégies comportementales correspondent des stratégies cognitives (Veale & Neziroglu, 2010). La neutralisation mentale est une activité cognitive visant à éliminer ou réduire le préjudice physique. Par exemple, la personne s'imagine sans son défaut. La vérification mentale, quant à elle, consiste à évaluer son apparence physique en se référant à la représentation mentale de son corps (« image corporelle »). C'est une forme de contrôle de son image externe par comparaison à une image interne. La distraction mentale et la suppression des pensées/images visent à se couper, se distancier des pensées, images et émotions pénibles associées à l'insatisfaction corporelle. Par exemple, la personne fait le vide dans sa tête, se concentre sur une émission à la TV, participe activement à une discussion... pour échapper à l'expérience corporelle aversive.

Interventions centrées sur l'insatisfaction corporelle clinique dans la PDC et d'autres troubles de l'expérience corporelle

Plusieurs protocoles traitent l'insatisfaction corporelle clinique dans différents troubles de l'expérience corporelle (Bell & Rushforth, 2008 ; Cash, 2008 ; Pearson, Heffner & Follette, 2010 ; Veale

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

& Neziroglu, 2010 ; Wilhelm, 2013). La plupart de ces traitements offrent des résultats préliminaires encourageants.

Notre approche thérapeutique de l'insatisfaction corporelle clinique emprunte ses stratégies et techniques d'intervention à ces traitements standards. Néanmoins, elle s'en différencie par une conceptualisation de cas plus individualisée, un éclectisme technique important et sa grande souplesse. Elle cherche à identifier pour chaque individu les processus psychologiques précis qui expliquent le maintien de son insatisfaction corporelle clinique. Sur cette base, elle applique des interventions cliniques diverses, susceptibles de modifier ces mécanismes. Elle évalue ensuite ses effets thérapeutiques et modifie en conséquence ses interventions.

Passons en revue les principales interventions ciblant les processus impliqués dans le maintien de l'insatisfaction corporelle clinique.

▶ Hyper-conscience de son corps

En ce qui concerne la centration sur le corps, la personne avec une PDC peut être entraînée à diriger volontairement son attention sur des stimuli non menaçants. Par exemple, elle peut s'ancrer dans la réalité extérieure, en prêtant son attention aux stimuli visuels et auditifs qui l'entourent ou aux stimuli intéroceptifs ou kinesthésiques de son corps, par exemple sentir ses pieds au sol ou ses pas quand elle marche. Ce réentraînement attentionnel vers l'extérieur (1) limite la conscience exacerbée de son apparence ; (2) renverse la perspective d'observateur externe de son image corporelle en une « perspective de regard à travers ses yeux » ; (3) fait concurrence aux ruminations mentales relatives à son physique ; (4) permet de constater que les personnes qui l'entourent ont des physiques très variés.

D'autres biais attentionnels peuvent être modifiés. Par exemple, face à un miroir de pied en cap, la personne peut apprendre à dégager

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

son attention des parties de son corps qu'elle aime moins et la réengager dans des parties plus neutres, voire appréciées. C'est une manière de pallier le manque d'auto-complaisance. Face à un miroir, la personne peut aussi être invitée à détecter son discours intérieur dévalorisant et à le remplacer par des descriptions les plus objectives possibles de son physique (Bell & Rushforth, 2008). C'est une manière simple de corriger certains biais évaluatifs négatifs.

Ce travail de réentraînement attentionnel et de réévaluation/défusion cognitive est aussi une forme d'exposition (Weck, Ritter & Stangier, 2012). Pour tolérer la détresse et contrer les évitements expérientiels, des exercices de pleine conscience sont pratiqués. La personne se regardant dans le miroir est invitée à observer et décrire son expérience vécue, puis à participer à celle-ci, sans la juger ou la modifier d'une quelconque façon (Cash, 2008). Cette observation-participation bienveillante favorise l'acceptation de la détresse et une extinction partielle des réactions aversives (Treanor, 2011).

▶ Évaluation négative de son physique

La définition de l'identité et de la valeur personnelle par la beauté est travaillée tout au long du traitement (Cash, 2002 ; Fairburn, 2008). Grâce à un auto-monitoring régulier de ses réactions, la personne complexée constate son attachement à son physique et ses effets délétères. Elle saisit mieux les déterminants contextuels (situationnels et internes) de son insatisfaction corporelle clinique. Elle comprend que sa « laideur » n'est pas une réalité en soi mais bien une impression, qui fluctue en fonction des contextes et de ses réactions. Cette prise de conscience est le point de départ d'une réévaluation de la beauté comme valeur fondamentale unique, avec ou sans l'aide de la méthode socratique et du testing d'hypothèse.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

De là, la personne est invitée à diversifier ses sources de valorisation, à agir *a contrario* de ses patterns habituels (recherches de réassurance, vérifications…) ainsi qu'à privilégier des activités de plaisir, maîtrise, quête de sens, partage ou ouverture à l'expérience (par exemple, profiter du soleil, se promener en famille…). Dans ce cadre, la pratique de la Pleine Conscience[1] permet de (re)découvrir en dehors de l'apparence physique des sources de bien-être et de fierté.

Le déficit de biais d'auto-complaisance peut être abordé en thérapie. La personne est invitée à faire l'expérience concrète de son biais d'auto-dévalorisation. Pour cela, on lui demande (1) une liste de ses qualités et défauts physiques et moraux, (2) des listes de qualités et défauts physiques et moraux d'autres personnes de confiance, de beautés variées, que la personne évalue elle-même et (3) des listes de qualités et défauts physiques et moraux de ces mêmes personnes rédigées par ces dernières. On procède alors à plusieurs comparaisons. Celles-ci révèlent que, quelle que soit leur beauté, les personnes peu complexées sont plutôt indulgentes envers leur physique, contrairement aux personnes complexées qui se dénigrent. Leur auto-évaluation physique correspond assez bien aux hétéro-évaluations de la personne insatisfaite qui se montre complaisante à leur égard. De plus, ces personnes se reconnaissent plus aisément des qualités non physiques et temporisent leurs imperfections physiques par d'autres aspects de leur personne. Cet exercice sert à illustrer la distorsion appelée « double standard » dans laquelle la personne complexée s'évalue plus durement qu'elle n'évalue les autres.

La sensibilité esthétique particulière des personnes présentant une insatisfaction corporelle clinique peut être évoquée en même temps

1. La Pleine Conscience (Mindfulness) est une méthode de méditation servant à réguler ses émotions, notamment en se distanciant de ses pensées et en acceptant l'expérience telle qu'elle est.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

que leur manque de complaisance pour leur apparence. En effet, la personne est d'autant plus négative dans l'auto-évaluation de sa beauté qu'elle a un jugement esthétique aiguisé. Certes, reconnaître cette disposition ne la fait pas disparaître mais peut en atténuer les effets quand la personne utilise de façon indistincte des critères stricts de beauté pour tout ce qu'elle appréhende, y compris son propre corps réduit à un vulgaire objet esthétique.

Par ailleurs, les biais interprétatifs et mnésiques typiques de l'insatisfaction corporelle clinique sont expliqués et illustrés. Par exemple, en cas d'incertitude sur sa beauté, la personne complexée va conclure qu'elle est plutôt laide que belle. De plus, elle a tendance à se souvenir sélectivement des épisodes où elle s'est sentie disgracieuse. Elle peut alors « raisonner émotionnellement » et « visualiser sa laideur » : « Si je me sens laid, c'est que je le suis et je peux même visualiser cette laideur ».

La déformation de l'image corporelle peut être traitée de diverses façons. Par exemple, en demandant à la personne de dessiner son défaut et de confronter ce dessin à une photo ; en demandant à des personnes de confiance ce qu'elles pensent d'elle comme personne et physiquement ; en demandant à la personne de raconter l'histoire du développement de son image corporelle pour qu'elle comprenne qu'il s'agit d'une (re)construction/représentation et non d'une reproduction fidèle de son apparence ; en demandant de se situer parmi des silhouettes puis de vérifier la correspondance entre sa silhouette perçue et la silhouette réelle ; en s'exposant en pleine conscience à son image dans le miroir,...

▶ Réactivité affective à l'apparence

Des techniques de tolérance à la détresse sont enseignées pour que la personne vive mieux ses émotions négatives (Linehan, 2000). La pratique de la pleine conscience est un outil précieux ici. Elle permet

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

de composer avec l'insatisfaction corporelle clinique, de l'approcher plutôt que la fuir, de mieux discerner ses cognitions négatives sans fusionner avec elles, y réagir trop émotionnellement, les juger ou encore les neutraliser (Monestès & Villatte, 2011 ; Pearson, Follette & Hayes, 2012 ; Stewart, 2004). Par ailleurs, des exercices d'auto-compassion peuvent amener la personne à s'accepter telle qu'elle est, avec ses imperfections (Bell & Rushforth, 2008 ; Neff, 2013).

Enfin, l'affectivité négative générale de la personne peut être traitée par des interventions centrées sur ses affects anxio-dépressifs (activation comportementale, exposition, contrôle des ruminations mentales…). En diminuant la détresse générale de la personne, la thérapie améliore son bien-être, la décentre de son apparence, la rend moins critique à son égard et réduit le phénomène de « dépendance à l'humeur », soit la tendance à réagir/agir dans le sens de l'humeur (Addis & Martell, 2009).

▶ Copings pour gérer l'apparence et sa conscience douloureuse

Comme exposé supra, l'auto-monitoring des copings montre l'inanité de vouloir fuir, contrôler ou combattre son insatisfaction corporelle clinique. Sur cette base, un travail motivationnel visant à faire abandonner les copings dysfonctionnels est opéré. Ensuite, une hiérarchie progressive de prévention des copings dysfonctionnels est mise en place : la personne est invitée à se confronter à son insatisfaction corporelle clinique, à tolérer la détresse (sans protection) pour se rapprocher des aspirations que son insatisfaction corporelle entrave.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Conclusions et perspectives

L'insatisfaction corporelle clinique est un phénomène psychologique transdiagnostique fréquent : elle est présente dans la PDC, les TCA, la phobie sociale et d'autres troubles où l'expérience corporelle est perturbée.

L'insatisfaction corporelle clinique s'explique par des processus psychologiques, individuels et interpersonnels. Il reste à déterminer avec précision lesquels sont transdiagnostiques – communs à plusieurs troubles de l'expérience corporelle – et lesquels sont spécifiques à certaines entités cliniques, ainsi que la dynamique entre les mécanismes et les troubles.

Alors que l'insatisfaction corporelle clinique implique la peur du jugement négatif de l'autre et entraîne de l'incompréhension, des tensions et de l'isolement, les facteurs interpersonnels sont négligés dans les théories des troubles de l'expérience corporelle. Une place devrait être réservée aux dimensions relationnelles de ce type d'affections. Une approche thérapeutique basée sur la famille ou une approche individuelle interpersonnelle pourrait s'avérer pertinente et efficace (Kass, Kolko & Wilfley, 2013).

L'« architecture » du modèle proposé ici est discutable. En effet, les processus trouvés dans la littérature et observés en clinique ont été agencés d'une manière cohérente avec d'autres modèles explicatifs, mais sans tester tel quel le modèle intégratif suggéré.

En clinique courante, l'identification des processus psychologiques est compliquée (Philippot *et al.*, 2015). Il faudrait développer et valider des outils d'évaluation de ces processus, à travers l'élaboration de questionnaires, de grilles d'observation, de tests comportementaux (devant le miroir, face à une vidéo, sur un pèse-personne) ou encore de systèmes informatisés (évaluation des biais cognitifs).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Si des thérapies de l'insatisfaction corporelle clinique sont documentées, elles n'expliquent guère les facteurs thérapeutiques spécifiques portant sur tel ou tel processus psychologique problématique. Les protocoles de traitement consistent en des *packages* conçus pour traiter tel ou tel trouble précis (PDC, TCA…). Un travail de clarification et de validation des interventions cliniques utilisées devrait pouvoir répondre à la question fondamentale : Quelle procédure thérapeutique agit sur tel processus psychopathogène, par quel mécanisme d'action et avec quel résultat ?

Pour terminer, rappelons notre plaidoyer pour une approche clinique multimodale centrée sur la personne, empirique et flexible (Nef, 2006). Celle-ci nécessite, certes, une évaluation précise des phénomènes, des processus et du contexte de l'insatisfaction corporelle clinique, mais aussi de l'inventivité et de la perspicacité. La conceptualisation de cas et la planification thérapeutique se font toujours « au chevet de la personne », en étroite collaboration avec elle, pour son mieux-être et celui de ses proches.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADDIS, M. E. & MARTELL, C. R. (2009). *Vaincre la dépression. Une étape à la fois*. Les Editions de l'Homme.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-V*. Washington, DC.

ANSON, M., VEALE, D. & DE SILVA, P. (2012). Social-evaluative vs self-evaluative appearance concerns in BDD. *Behavior Research and Therapy*, *50*, 753-760.

BELL, L. & RUSHFORTH, J. (2008). *Overcoming body image disturbance. A programme for people with eating disorders*. Routledge.

BUHLMANN, U., MCNALLY, R. J., ETCOFF, N. L., TUSCHEN-CAFFIER, B. & WILHELM, S. (2004). Emotion recognition deficits in BDD. *Journal of Psychiatric Research*, *38*, 201-206.

CARRARD, I. & CESCHI, G. (2008). Traitement de l'information et troubles du comportement alimentaire. In M. Van der Linden & G. Ceschi (Eds.), *Traité de psychopathologie cognitive. États psy-*

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

chopathologiques. Tome II (pp. 249-282). Solal.

CASH, T. F. (2002). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image. A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. Guilford Press.

CASH, T. F. (2008). *The Body Image Workbook. (Second Edition). An Eight-Step Program for Learning to Like Your Looks*. New Harbinger Publications.

CASH, T. F. & GRANT, J. R. (1996). Cognitive-behavioral treatment of body image disturbances. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Sourcebook of Psychological Treatment Manual for Adult Disorders* (pp. 567-614). New York : Plenum Press.

CASH, T. F. & SMOLAK, L. (2011). *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. Second Edition. Guilford Press.

CLARK, D. M. & WELLS, A. (1995). A cognitive model of social phobia. Dans R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York : Guilford Press.

FAIRBURN, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press.

GILBERT, P. & MILES, J. (2002). *Body Shame. Conceptualisation, Research and Treatment*. Brunner-Routledge.

GREENBERG, J. L., REUMAN, L., HARTMANN, A. S., KASARSKIS, I. & WILHELM, S. (2014). Visual hot spots: An eye tracking study of attention bias in BDD. *Journal of Psychiatric Research*, *57*, 125-132.

HANES, K. R. (1998). Neuropsychological performance in BDD. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *4*, 167-171.

JACKMAN, L. P., WILLIAMSON, D. A., NETEMEYER, R. G. & ANDERSON, D. A. (1995). Do weight preoccupied women misinterpret ambiguous stimuli related to body size? *Cognitive Therapy and Research*, *19*, 341-355.

JANSEN, A., NEDERKOORN, C. & MULKENS, S. (2005). Selective attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behavior Research and Therapy*, *43*, 183-196.

JANSEN, A., SMEETS, T., MARTIJN, C. & NEDERKOORN, C. (2006). I see what you see: the lack of a self-serving body-image bias in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*, 123-135.

JEFFERIES, K., LAWS, K. & FINEBERG, N. A. (2012). Superior face recognition in BDD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *1*, 175-179.

JEFFERIES, K., LAWS, K., HRANOV, G. & FINEBERG, N. A. (2010). Cognitive and perceptual processing in BDD. *European Neuropsychopharmacology*, *20*, S309-310.

KASS, A. E., KOLKO, R. P. & WILFLEY, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *26*, 549-555.

KERWIN, L., HOVAV, S., HELLEMANN, G. & FEUSNER, J. D. (2014). Impairment in

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

local and global processing and set-shifting in BDD. *Journal of Psychiatric Research*, *57*, 41-50.

LAMBROU, C. (2006). *The Role of Aesthetic Sensitivity in BDD*. London: Institute of Psychiatry, University of London.

LINEHAN, M. (2000). *Traitement cognitive-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Médecine & Hygiène.

MONESTÈS, J.-L. & VILLATTE, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT*. Elsevier Masson.

MULKENS, S. & JANSEN, A. (2009). Mirror gazing increases attractiveness in satisfied, but not in dissatisfied women: A model for BDD? *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, *40*, 211-218.

MUNDY, M. E. & SADUSKY, A. (2014). Abnormalities in visual processing amongst students with body image concerns. *Advances in Cognitive Psychology*, *10*, 39-48.

NEF, F. (2006). *La boulimie. Des théories aux thérapies*. Mardaga.

NEF, F. & Hayward, E. (2008). *Accepter son corps et s'aimer. Guide pour s'aider soi-même*. Odile Jacob.

NEF, F., PHILIPPOT, P. & VERHOFSTADT, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques: une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *17*, 4-23.

NEFF, K. (2013). *S'aimer. Comment se réconcilier avec soi-même*. Belfond.

OLIVARDIA, R. (2004). Body Dysmorphic Disorder. In J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of Eating Disorders and Obesity* (pp. 542-561). Hoboken, NJ : Wiley & Sons.

OSMAN, S., COOPER, M., HACKMANN, A. & VEALE, D. (2004). Spontaneously occurring images and early memories in people with BDD. *Memory*, *12*, 428-436.

PEARSON, A. N., FOLLETTE, V. M. & HAYES, S. C. (2012). A Pilot Study of ACT as a Workshop Intervention for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*, 181-197.

PEARSON, A. N., HEFFNER, M. & FOLLETTE, V. M. (2010). *Acceptance & Commitment Therapy for Body Image Dissatisfaction*. New Harbinger Publications.

PHILIPPOT, P., BOUVARD, M., BAEYENS, C. & DETHIER, V. (2015). Vers un protocole de traitement processuel et modulaire des troubles anxio-dépressifs. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 25*, 106-116.

STANGIER, U., ADAM-SCHWEBE, S., MÜLLER, T. & WOLTER, M. (2008). Discrimination of facial appearance stimuli in BDD. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*, 435-443.

STEWART, T. M. (2004). Light on body image treatment. Acceptance through mindfulness. *Behavior Modification*, *28*, 783-811.

THOMAS, C. S. & GOLDBERG, D. P. (1995). Appearance, body image and distress in facial dysmorphophobia. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *92*, 231-236.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

TREANOR, M. (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, *31*, 617-625.

VEALE, D., KINDERMAN, P., RILEY, S. & LAMBROU, C. (2003). Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *42*, 157-169.

VEALE, D. & NEZIROGLU, F. (2010). *Body Dysmorphic Disorder. A Treatment Manual*. Wiley-Blackwell.

VEALE, D. & RILEY, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in BDD. *Behavior Research and Therapy*, *39,* 1381-1393.

WATKINS, P. C., MARTIN, C., MUELLER, S. & DAY, S. K. (1995). Cognitive biases associated with the feeling of fatness: Unhealthy responses to healthy messages. *Advances in Health Care Research*, *144*, 67-73.

WECK, F., RITTER, V. & STANGIER, U. (2012). Variants of Exposure in BDD and Hypocondriasis. In P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Eds.), *Exposure Therapy: Rethinking the Model-Refining the Method* (pp. 217-244). New York : Springer.

WILHELM, S. (2013). *Cognitive-behavioral Therapy for BDD: A Treatment Manual*. Guilford.

WILLIAMSON, D. A., STEWART, T. M., WHITE, M. A. & YORK-CROWE, E. (2002). An information-processing perspective on body image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image. A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 47-54). New York : Guilford Press.

WINDHEIM, K., VEALE, D. & ANSON, M. (2011). Mirror gazing in BDD and healthy controls: effects of duration of gazing. *Behavior Research and Therapy*, *49*, 555-564.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Chapitre 9

Vers une approche processuelle et transdiagnostique de l'empathie

Arnaud Carré

LES PERTURBATIONS de la génération et de la régulation émotionnelle sont au cœur de nombreux syndromes psychiatriques (Kring & Bachorowski, 1999), et s'inscrivent de plus en plus clairement dans la nosographie. La dernière version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013[1]) propose par exemple une approche dimensionnelle des atteintes fonctionnelles significatives de la personnalité reposant sur les notions du Soi et du Fonctionnement Interpersonnel. Cette approche fait clairement référence à l'empathie, aux frontières entre un individu et son entourage, à l'utilisation de comportements prosociaux, à la compréhension des expériences et des motivations d'autrui, ou bien encore à entretenir des relations proches (voir tableau 9.1).

1. Dans ses annexes en section III sur les troubles de la personnalité.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Tableau 9.1. Éléments de fonctionnement issus de la section III du DSM-5, en tant que modèle alternatif pour les troubles de la personnalité (p. 896)

	SOI
1.	***Identité*** : Expérience de soi-même comme unique, avec des frontières claires entre soi et les autres ; stabilité de l'estime de soi et appréciation correcte de soi-même, capacité de réguler une gamme d'expériences émotionnelles.
2.	***Autodétermination*** : Poursuite d'objectifs cohérents, à court terme et au long cours (sens donné à la vie) ; utilisation de standards internes de comportements prosociaux et constructifs ; capacité de réfléchir sur soi de façon constructive.
	INTERPERSONNEL
1.	***Empathie*** : Compréhension et appréciation des expériences et motivations d'autrui. Tolérance de perspectives diverses. Compréhension des effets de son propre comportement sur autrui.
2.	***Intimité*** : Profondeur et durée du contact avec autrui ; désir et capacité d'entretenir des relations proches ; le comportement interpersonnel témoigne d'une considération mutuelle.

Encouragé par cette vision, et la place qui a été accordée à la cognition interpersonnelle dans ces avancées nosographiques, la proposition de ce chapitre est de rassembler les fondamentaux de la notion d'empathie en psychopathologie, puis de la déconstruire afin de proposer une illustration de sa pertinence dans une perspective transdiagnostique et dans différents contextes cliniques (au-delà des troubles de la personnalité).

L'empathie, du grec « *empatheia* » (de « *em* », « dans » et « *pathos* », « ressenti ») est une notion fréquemment associée à des relations sociales équilibrées, au développement personnel et à la santé. Le concept est lié à la philosophie et à l'Esthétique, au travers du terme « *Einfühlung* » renvoyant, telle une passerelle intersubjective, au « *savoir portant sur d'autres moi* » (Lipps, 2007, cité

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

par Galland-Szymkowiak, 2012, p. 15). Un glissement s'est ensuite opéré vers la psychologie, considérant que les processus sensoriels et de symbolisation dans la perception d'une forme inanimée pouvaient être similaires à ceux existants dans la perception interpersonnelle (Galland-Szymkowiak, 2012). Au cœur d'un mouvement de psychothérapie humaniste, Carl Rogers a formulé le concept du « comme si » (« *As if* »), où l'empathie est la possibilité de comprendre le point de vue et les émotions d'une autre personne en partageant ses états perceptifs, affectifs et cognitifs (Rogers, 1951, 1975). Selon une approche neuropsychologique et phénoménologique, l'empathie renvoie à la capacité à ressentir ce qu'une autre personne ressent, à adopter sa perspective pour comprendre son état, et enfin à répondre aux émotions d'autrui, notamment sources de détresse, dans l'optique de participer au soulagement et à l'amélioration de l'état des individus (Decety, Jackson & Brunet, 2007). Par ailleurs, il est communément admis que l'empathie est un phénomène expérientiel, relevant à la fois de processus sensoriels et intéroceptifs, affectifs et cognitifs, avec pour visée le maintien de l'homéostasie, y compris dans sa composante sociale et affective (Dekeyser, Elliott & Leijssen, 2009 ; Panksepp, 2010 ; Panksepp & Panksepp, 2013). Les recherches empiriques sur le partage des états mentaux et émotionnels, essentiels à la compréhension des processus empathiques, trouvent leurs racines dans les travaux conduits sur la « Théorie de l'Esprit » (« *Theory of Mind* » *ou* ToM) chez les primates (Premack & Woodruff, 1978). La ToM constitue une habileté nécessaire permettant de raisonner sur ses propres connaissances et états de conscience et sur ceux d'autrui afin de s'ajuster au mieux dans les interactions sociales. L'empathie fait quant à elle plus spécifiquement référence au partage et au traitement des informations d'ordres somatosensoriel et affectif (Bird & Viding, 2014 ; Shamay-Tsoory, 2014 ; Völlm *et al.*, 2006). Par ailleurs, l'étude des mécanismes relevant des neurones miroirs a également enrichi les recherches sur ces processus empathiques, stipulant que

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

l'organisation sociale est rendue possible par la compréhension d'autrui et la simulation au niveau neuronal de ce qui est perçu de l'extérieur (Berthoz & Jorland, 2004 ; Rizzolatti & Craighero, 2004). Par la simulation au niveau intra-personnel de ce qui est dans l'environnement, les états émotionnels perçus chez autrui ont la capacité d'entrer en résonnance, et ainsi favoriser le partage des états émotionnels chez un individu. Phylogénétiquement, l'empathie est, au même titre que les réactions émotionnelles, un mode de réponse lié au patrimoine biologique. Elle revêt un rôle de régulateur des réactions des organismes pour s'adapter aux menaces présentes dans l'environnement et pour maintenir les différentes composantes de l'homéostasie. Au cours de l'évolution, l'équipement neurobiologique générant les signaux de douleur (afin de protéger l'organisme) est progressivement devenu capable de signaler les « douleurs sociales » et les menaces faites au groupe, constituant un préambule à l'empathie, y compris dans le règne animal (Darwin, 1891 ; Tchalova & Eisenberger, 2015). À titre d'exemple, une étude a montré que des singes ont préféré s'affamer (jusqu'à douze jours) en s'abstenant d'actionner un mécanisme délivrant de la nourriture, après avoir observé que celui-ci administrait un choc électrique aux autres membres du groupe (Masserman, Wechkin & Terris, 1964). La mise en place de comportements favorables à autrui chez ces singes peut être envisagée comme résultant de processus ayant permis d'adopter la perspective d'autrui et de faire preuve d'une flexibilité comportementale afin de ne pas infliger une douleur, et ce sur la base de sa propre nociception (Aureli & Schaffner, 2002 ; Preston & de Waal, 2002).

Les différents éléments rapportés ici soulignent que ce qui est communément appelé « empathie » renvoie à différents processus dans le traitement de « l'information socio-affective ». L'un des enjeux des études sur l'empathie est de mieux déterminer les processus à l'œuvre dans le traitement des émotions d'autrui. Cela nous conduit

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

à envisager l'empathie à différents niveaux, qui reflètent les différents processus à l'œuvre dans le fonctionnement interpersonnel des émotions.

Les différents processus de l'empathie

À l'instar de ce qui a été élaboré dans la Théorie de l'Esprit (Jolliffe & Farrington, 2006 ; Shamay-Tsoory & Aharon-Peretz, 2007), la littérature scientifique a fréquemment rapporté une conception de l'empathie basée sur deux méta-composantes dites « affective » et « cognitive ». L'empathie affective est définie comme l'habileté à ressentir et à produire une réponse émotionnelle concordante lors de la mise en présence de l'état mental et affectif d'une autre personne (Bryant, 1982). À un niveau qualifié d'automatique, l'empathie affective revêt une forme motrice (faisant référence au mimétisme) permettant de reproduire la gestuelle, les expressions faciales émotionnelles et les intonations de voix d'autrui (Dimberg, Thunberg & Elmehed, 2000). Ce caractère non-conscient de l'empathie a notamment été mis en avant dans l'augmentation de l'activité musculaire faciale du *zygomaticus* (autour de la bouche) ou des *corrugator supercilii* (autour des yeux), en lien avec la présentation d'affects positifs et négatifs (Larsen, Norris & Cacioppo, 2003 ; Lundqvist & Dimberg, 1995 ; Van der Graaff *et al.*, à paraître). L'empathie cognitive, quant à elle, renvoie aux processus de mentalisation, et est définie comme la capacité à comprendre l'état émotionnel d'autrui, en particulier en adoptant sa perspective et en mettant en œuvre des processus inférentiels (Hogan, 1969). Ces composantes de l'empathie cognitive font écho à la ToM dite affective ou émotionnelle, telle qu'évoquée précédemment, notamment car il s'agit de percevoir et de traiter les émotions et les états qui conduisent aux intentions d'autrui (Blair, 2005).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Les processus davantage considérés comme affectifs font donc référence au mimétisme, à la contagion – c'est-à-dire à des mécanismes automatiques – et au partage émotionnel, tandis que les processus davantage considérés comme cognitifs font appel à des mécanismes de régulation et de contrôle cognitif automatique ou délibéré (e.g. flexibilité, inhibition, prise de perspective), et dans une certaine mesure la coupure (ou suppression) émotionnelle (Carré, Stefaniak, D'Ambrosio, Bensalah & Besche-Richard, 2013).

La dimension affective du fonctionnement empathique

Les travaux sur les neurones miroirs (Rizzolatti, Fogassi & Gallese, 2001) suggèrent que le réseau impliqué dans la réalisation de l'action « à la première personne » est en partie commun avec celui impliqué dans la perception d'un autre individu dans une situation similaire. De plus, même si l'état observé n'a pas fait l'objet d'une expérience antérieure (notamment corporelle), une mise en résonnance des affects peut avoir lieu, constituant un premier pas vers les phénomènes de mimétisme et de contagion (Danziger, Faillenot & Peyron, 2009). Ces phénomènes reliant la perception et l'action et appartenant aux dimensions motrices et affectives de l'empathie sont rapides. Le partage d'expressions faciales intervient par exemple en moins de 200 ms (Hatfield, Cacioppo & Rapson, 1994 ; Van der Graaff *et al.*, 2015). Par ailleurs, le mimétisme peut concerner une large palette de manifestations comportementales, comme les gestes et postures, ou bien encore des éléments du langage (accents, prosodie, syntaxe). Le mimétisme permet d'induire une forme de synchronisation émotionnelle entre les individus, mais aussi la génération de comportements prosociaux, qu'il s'agisse de ramasser des stylos qui échappent aux expérimentateurs, ou bien de donner de l'argent à une œuvre caritative (van Baaren, Holland,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Kawakami & van Knippenberg, 2004). Cependant, partager ne signifie pas intégrer et comprendre l'émotion d'autrui à sa juste mesure. L'équilibre doit être trouvé entre l'agent et la ou les personnes en interaction, ce qui requiert un certain niveau de flexibilité, permettant d'intégrer les différentes perspectives, tout en distinguant le soi d'autrui (en faisant appel à l'empathie cognitive).

L'étude des perturbations empathiques a suggéré que leurs origines se trouveraient dans la conscience et l'identification des émotions intra et inter-personnelles. L'intégrité de ces processus de conscience et de reconnaissance apparait ainsi comme un prérequis nécessaire à la résonnance empathique (Marshall, Hudson, Jones & Fernandez, 1995). L'efficience de la reconnaissance nécessite, au moins pour partie, une représentation interne des émotions en lien avec les composantes viscéroceptives et sensorimotrices. Ce point souligne à nouveau l'importance d'une vision intégrative et expérientielle (Adolphs, Damasio, Tranel, Cooper & Damasio, 2000). La dimension sensorielle, en particulier tactile, reçoit un intérêt croissant dans les travaux sur la régulation émotionnelle et l'empathie (Morrison *et al.*, 2011). Par exemple, chez des couples se tenant la main et rappelant des souvenirs, il a été suggéré une modification des états physiologiques à la base d'une résonnance somatoviscérale permettant une contagion émotionnelle et un partage affectif (Chatel-Goldman, Congedo, Jutten & Schwartz, 2014).

Par ailleurs, les travaux se sont aussi concentrés sur la perception de la douleur, reposant sur des mécanismes de contagion. Ces travaux montrent que la réponse à la douleur d'autrui est d'autant plus importante que le participant est conscient de ses propres sensations et représentations corporelles (Singer, Critchley & Preuschoff, 2009). Par exemple, des participants devant porter leur attention sur leurs battements cardiaques sont plus enclins à juger des stimuli de douleur comme intenses et douloureux pour autrui, et ressentent

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

davantage de compassion (Grynberg & Pollatos, 2015). Il est à noter que ce phénomène concernerait d'ailleurs plusieurs états affectifs, comme le propose une méta-analyse portant sur l'implication des réseaux cérébraux de l'empathie face à l'anxiété, la joie, la peur ou le dégoût chez autrui (Fan, Duncan, de Greck & Northoff, 2011).

La dimension cognitive du fonctionnement empathique

L'empathie cognitive concerne les processus de prise de perspective et l'intégration des informations concernant autrui. Les déficits de la prise en compte des états mentaux et émotionnels d'autrui trouveraient leur source dans la difficulté à réguler voire à « désactiver » sa propre perspective, et à reconnaître la différence pouvant exister entre sa propre représentation d'une situation et les représentations élaborées par autrui (Malle & Hodges, 2007). En effet, puisqu'un individu perçoit et traite son environnement social par ses propres organes sensoriels, la référence à soi et l'adoption de sa propre perspective apparait prioritaire sur l'adoption de la perspective d'autrui. Le recours au contrôle cognitif (Epley, Morewedge & Keysar, 2004) permettrait de ne pas faire reposer la totalité du traitement de l'information sur la perception propre de l'individu, ni de faire preuve uniquement de mimétisme ou de contagion. Dans ce cadre, la flexibilité mentale permet d'intégrer ses propres connaissances et opérations de jugement à celles d'autrui, afin que le traitement d'une situation soit moins sujet à l'interférence générée par sa propre perspective (Epley, Keysar, Van Boven & Gilovich, 2004). Ainsi, la distinction entre soi et autrui – nécessaire à la stabilité de l'identité et à la régulation du lien social – est notamment rendue possible par le fonctionnement exécutif intégrant les capacités de contrôle inhibiteur et de contrôle de l'action (dépendant notamment du développement et de la maturation cérébrale) (Zelazo, 2015).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Par nature et tel un mode de fonctionnement par défaut, les individus seraient donc centrés sur leurs perspectives, par l'activation de leurs propres connaissances et métaconnaissances regroupant sensations, émotions et métacognition. Le développement de ces capacités inhibitrices permettant de réguler les perceptions apparaît d'ailleurs typiquement très tôt, dès l'âge de quatre ans (Carlson & Moses, 2001) et sous-tend l'adaptation des perspectives et la décentration (Surtees & Apperly, 2012). De plus, la prise de perspective serait une capacité qui peut être entraînée. Ainsi, l'amélioration de cette capacité chez des enfants âgés de 3 à 5 ans est associée à davantage de comportements pro-sociaux et à une diminution des comportements agressifs (Cigala, Mori & Fangareggi, 2015).

Une autre particularité du fonctionnement empathique, à l'opposé du phénomène de contagion émotionnelle, concerne la réponse à l'émotion d'autrui par un mécanisme de suppression ou de coupure par rapport aux émotions (Carré *et al.*, 2013). Il s'agit d'un mode de réponse aux affects intenses, aversifs ou douloureux émis par autrui. La suppression émotionnelle apparaît être une stratégie adaptative à court terme mais dysfonctionnelle dans la mesure où le contenu supprimé peut provoquer des réactions anxieuses et de détresse (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). Notons qu'il faut aussi distinguer la suppression d'affects de l'absence d'activation émotionnelle, faisant davantage référence à une agnosie et/ou une anesthésie émotionnelle (physiologique, cognitive et affective), ou alexisomia en référence à la non-identification et communication des états physiologiques (Lane, Weihs, Herring, Hishaw & Smith, 2015 ; Moriguchi & Komaki, 2013).

Enfin, les données issues de la neuropsychologie lésionnelle soutiennent l'hypothèse d'une nécessité de processus d'inhibition et de flexibilité efficients pour permettre la régulation des perspectives dans le traitement de l'information socio-affective (Aron, 2007 ; Eslinger, 1998 ; Miller & Cohen, 2001). Par ailleurs, l'aire préfrontale

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

dorsomédiane droite est notamment retrouvée impliquée dans la référence à soi (Lemogne *et al.*, 2011), et les structures ventro-médianes sont impliquées dans l'auto-observation des expériences, de ses traits et de ses caractéristiques (D'Argembeau, 2013). Ce complexe préfrontal est également impliqué dans la prise en compte subjective de la perspective d'autrui. Pour ce faire, un réseau notamment composé des structures les plus antérieures et médianes du cortex frontal, du cingulate postérieur, ainsi que de la jonction temporo-pariétale droite, est mobilisé lorsqu'il est demandé à des individus d'adopter la perspective d'une autre personne (Decety & Moriguchi, 2007).

Les différents éléments présentés dans cette première partie soutiennent deux points majeurs. Premièrement, l'empathie n'est pas un concept unitaire mais au contraire la fédération de plusieurs composantes regroupées dans ces dimensions « affectives » et « cognitives ». Deuxièmement, ces méta-composantes intègrent des processus qui s'inscrivent dans une perspective neurobiopsychosociale. Ces éléments permettent de considérer de manière différentielle, et par processus, les perturbations dans divers troubles psychologiques.

SITUER L'EMPATHIE EN PSYCHOPATHOLOGIE ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Les personnes présentant des perturbations du fonctionnement intéroceptif, des altérations de la conscience de soi, un fonctionnement égocentré, une hypo ou hyper-réactivité émotionnelle (et ainsi un haut niveau de contagion ou de coupure émotionnelle), ou bien encore des altérations du fonctionnement exécutif, peuvent présenter des difficultés interpersonnelles renvoyant à ces différents processus empathiques. Les exemples suivants ont notamment pour vocation de souligner qu'il n'y a pas un déficit d'empathie unique

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

et visent à décrire les différents niveaux des perturbations dans différents troubles.

Au sein des troubles du spectre autistique, l'absence de réactivité physiologique (e.g. variation du rythme cardiaque) lors de la vue de l'expérimentateur en situation de détresse met en évidence le déficit en contagion émotionnelle et en partage de l'émotion (Corona, Dissanayake, Arbelle, Wellington & Sigman, 1998). Cette perturbation de la capacité à entrer en résonnance avec autrui a fait l'objet de nombreux travaux de recherche, suggérant qu'il pourrait s'agir d'un socle aux perturbations de la motivation et de la cognition sociales (Carré *et al.*, 2015 ; Chevallier, Kohls, Troiani, Brodkin & Schultz, 2012). La prise de perspective et la flexibilité mentale associées aux fonctions exécutives apparaissent également altérées, en particulier en situation de distractibilité, d'ambiguïté ou de complexité de l'information socio-affective à traiter (Dawson, Bernier & Ring, 2012).

Au sein des troubles de la personnalité, citons notamment les troubles de personnalité narcissique et de personnalité borderline ou état-limite qui apparaissent tous deux associés à une perturbation de la prise de perspective rendant complexe l'intégration des états d'autrui (Haas & Miller, 2015 ; Paulhus & Williams, 2002 ; Wiehe, 2003). Cependant, il est à noter que le trouble de personnalité borderline est rapporté comme contenant une hypersensibilité au partage affectif renvoyant à une contagion émotionnelle élevée, et serait davantage marqué par les troubles du contrôle et de l'auto-régulation (ce qui vient alimenter le tableau d'impulsivité) (Decety & Moriguchi, 2007 ; Donegan *et al.*, 2003).

La difficulté à percevoir l'émotion d'autrui semble également jouer un rôle prépondérant dans les conduites hétéro-agressives. Cependant, cette perturbation de la conscience émotionnelle peut être liée à différentes dimensions qui doivent faire l'objet d'investigations (Mealey, 1995). Soit il s'agit d'une incapacité à percevoir les signaux

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

de détresse ou de colère de la personne agressée (déficit majoritairement en conscience émotionnelle et en empathie affective), soit il s'agit d'une incapacité à utiliser les informations émotionnelles qui ont été correctement perçues (déficits cognitifs et de perspective). De plus, certains types de comportements agressifs dans lesquels les agresseurs agissent de manière réactionnelle à une émotion (e.g. réponse à la colère, une menace ou une frustration), sont liés à une incapacité à tenir compte des émotions d'autrui par l'importante difficulté à se décentrer de leur propre perspective. À l'opposé, d'autres comportements agressifs sont caractérisés par un mode instrumental (ou agissant de « sang-froid »), dans lesquels ce sont les aspects affectifs de l'empathie qui seraient impliqués (Blair, 1995 ; Decety & Moriguchi, 2007 ; Mealey, 1995). Le Machiavélisme, un haut niveau de cynisme et des comportements de manipulation d'autrui, est pour sa part caractérisé par des perturbations des dimensions affectives de l'empathie, des traits narcissiques (égocentrées), mais une relative préservation des processus cognitifs de l'empathie, permettant de rendre efficientes les stratégies négatives envers autrui (Al Aïn, Carré, Fantini-Hauwel, Baudouin & Besche-Richard, 2013 ; Paulhus & Williams, 2002).

Concernant l'épisode dépressif majeur, l'étude de Thoma *et al.* (2011) montre que les patients ont une plus grande sensibilité à la détresse interpersonnelle (empathie affective et contagion émotionnelle élevées). Par ailleurs, si les patients ne se distinguent pas nécessairement des participants non-déprimés au niveau des performances exécutives, leur fonctionnement empathique apparaît lié aux performances de flexibilité et d'inhibition. L'étude de Thoma *et al.* (2011) tend à souligner l'importance du contrôle cognitif dans la régulation des dimensions affectives de l'empathie. Dans les troubles anxieux, l'hyperfonctionnement du cortex insulaire peut rendre compte des perturbations des processus intéroceptifs, qui ont pour conséquence une difficulté dans l'ajustement interpersonnel. La focalisation sur

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

ses propres ressentis viendrait alimenter la vigilance aux signaux aversifs associés aux cognitions dysfonctionnelles et à des évitements cognitifs pouvant relever de la suppression émotionnelle (Carré *et al.*, 2014 ; Paulus & Stein, 2006 ; Sprengelmeyer *et al.*, 2011).

Les patients souffrant de schizophrénie présentent quant à eux des difficultés dans les situations qui sollicitent les prises de perspectives, et ce en lien avec les troubles cognitifs et la symptomatologie négative (Frith, 1994 ; Ofir-Eyal, Hasson-Ohayon & Kravetz, 2014). Cependant, les perturbations de l'empathie paraissent également en lien avec les comorbidités anxio-dépressives, qui majorent les phénomènes de contagion émotionnelle par la sensibilité à la détresse personnelle dont les patients peuvent faire preuve (Abramowitz, Ginger, Gollan & Smith, 2014).

Au regard des altérations du fonctionnement social dans les problématiques addictives, l'empathie a fait l'objet de récentes investigations. Dans ce contexte, une dissociation semble émerger entre les dimensions affectives et cognitives, avec une relative préservation des aspects cognitifs de l'empathie, mais une altération marquée des processus affectifs. C'est en particulier le cas dans la dépendance à l'alcool (Ferrari, 2014 ; Maurage *et al.*, 2011). Au sein des troubles du comportement alimentaire, et particulièrement dans l'anorexie mentale restrictive, les perturbations semblent davantage présentes au niveau des composantes cognitives (Morris, Bramham, Smith & Tchanturia, 2014). Cependant, il est aussi parfois suggéré que les perturbations de cognition sociale et en particulier d'empathie ne seraient pas majeures et primaires dans l'anorexie ou la boulimie, bien qu'un pattern de perturbations de réactivité interpersonnelle puisse être retrouvé (Cardi *et al.*, 2015).

Enfin, sur un plan plus pratique, rappelons que l'empathie des thérapeutes est au centre des pratiques cliniques et qu'elle est associée à l'amélioration de l'état d'un patient (Blatt, LeLacheur, Galinsky,

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Simmens & Greenberg, 2010). Ainsi, il est essentiel de tenir compte de la perspective des patients, de synchroniser le fond et la forme de l'émotion (le contenu du message et le comportement non-verbal) afin de construire une alliance thérapeutique de qualité et de créer un rapport collaboratif entre le clinicien et le patient (voir Cottraux, 2011). La prise en compte des compétences empathiques chez les soignants tend d'ailleurs à devenir un enjeu important en santé publique et dans le cadre de la formation des soignants, notamment en raison des liens entretenus avec le *burnout* chez les cliniciens (Lesage, Berjot, Altintas & Paty, 2013 ; Picard *et al.*, 2015).

Au regard des contributions théoriques et empiriques, les perturbations empathiques se situent à plusieurs niveaux dans le traitement de l'information émotionnelle. L'approche processuelle de l'empathie esquissée dans ce chapitre appelle à présent un effort de recherches portant sur ces différents niveaux impliqués, notamment en ayant recours à l'association des paradigmes de la psychopathologie expérimentale et des techniques et méthodes issues des neurosciences. Ces conceptions mises à jour doivent permettre une nouvelle lecture des troubles et soutenir l'élaboration des prises en charge au-delà des catégories diagnostiques, s'appuyant sur les processus intéroceptifs, socio-affectifs et neurocognitifs au cœur de l'empathie.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Références bibliographiques

Abramowitz, A. C., Ginger, E. J., Gollan, J. K. & Smith, M. J. (2014). Empathy, depressive symptoms, and social functioning among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *216*, 325-332.

Adolphs, R., Damasio, H., Tranel, D., Cooper, G. & Damasio, A. R. (2000). A role for somatosensory cortices in the visual recognition of emotion as revealed by three-dimensional lesion mapping. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, *20*, 2683-2690.

Al Aïn, S., Carré, A., Fantini-Hauwel, C., Baudouin, J.-Y. & Besche-Richard, C. (2013). What is the emotional core of the multidimensional Machiavellian personality trait? *Frontiers in Psychology*, *4*, 454.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.

Aron, A. R. (2007). The neural basis of inhibition in cognitive control. *The Neuroscientist*, *13*, 214-228.

Aureli, F. & Schaffner, C. M. (2002). Empathy as a special case of emotional mediation of social behavior. *Behavioral and Brain Sciences, 25*, 23-24.

Berthoz, A. & Jorland, G. (2004). *L'Empathie*. Paris: Odile Jacob.

Bird, G. & Viding, E. (2014). The self to other model of empathy: Providing a new framework for understanding empathy impairments in psychopathy, autism, and alexithymia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *47*, 520-532.

Blair, R. J. (1995). A cognitive developmental approach to morality: investigating the psychopath. *Cognition*, *57*, 1-29.

Blair, R. J. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition*, *14*, 698-718.

Blatt, B., LeLacheur, S. F., Galinsky, A. D., Simmens, S. J. & Greenberg, L. (2010). Does perspective-taking increase patient satisfaction in medical encounters? *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, *85*, 1445-1452.

Bryant, B. K. (1982). An Index of Empathy for Children and Adolescents. *Child Development*, *53*, 413-425.

Cardi, V., Corfield, F., Leppanen, J., Rhind, C., Deriziotis, S., Hadjimichalis, A., ... Treasure, J. (2015). Emotional Processing, Recognition, Empathy and Evoked Facial Expression in Eating Disorders: An Experimental Study to Map Deficits in Social Cognition. *PLoS ONE*, *10*(8), e0133827.

Carlson, S. M. & Moses, L. J. (2001). Individual differences in inhibitory control and children's theory of mind. *Child Development*, *72*, 1032-1053.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

CARRÉ, A., CHEVALLIER, C., ROBEL, L., BARRY, C., MARIA, A.-S., POUGA, L., … BERTHOZ, S. (2015). Tracking Social Motivation Systems Deficits: The Affective Neuroscience View of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*, 3351-3363.

CARRÉ, A., GIERSKI, F., LEMOGNE, C., TRAN, E., RAUCHER-CHÉNÉ, D., BÉRA-POTELLE, C., … LIMOSIN, F. (2014). Linear association between social anxiety symptoms and neural activations to angry faces: from subclinical to clinical levels. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *9*, 880-886.

CARRÉ, A., STEFANIAK, N., D'AMBROSIO, F., BENSALAH, L. & BESCHE-RICHARD, C. (2013). The Basic Empathy Scale in Adults (BES-A): Factor structure of a revised form. *Psychological Assessment*, *25*, 679-691.

CHATEL-GOLDMAN, J., CONGEDO, M., JUTTEN, C. & SCHWARTZ, J.-L. (2014). Touch increases autonomic coupling between romantic partners. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *8*, 95.

CHEVALLIER, C., KOHLS, G., TROIANI, V., BRODKIN, E. S. & SCHULTZ, R. T. (2012). The social motivation theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, *16*, 231-239.

CIGALA, A., MORI, A. & FANGAREGGI, F. (2015). Learning others' point of view: perspective taking and prosocial behaviour in preschoolers. *Early Child Development and Care*, *185*, 1199-1215.

CORONA, R., DISSANAYAKE, C., ARBELLE, S., WELLINGTON, P. & SIGMAN, M. (1998). Is affect aversive to young children with autism? Behavioral and cardiac responses to experimenter distress. *Child Development*, *69*, 1494-1502.

COTTRAUX, J. (2011). *Thérapie cognitive et émotions : La troisième vague*. Paris: Elsevier Masson.

DANZIGER, N., FAILLENOT, I. & PEYRON, R. (2009). Can we share a pain we never felt? Neural correlates of empathy in patients with congenital insensitivity to pain. *Neuron*, *61*, 203-212.

D'ARGEMBEAU, A. (2013). On the Role of the Ventromedial Prefrontal Cortex in Self-Processing: The Valuation Hypothesis. *Frontiers in Human Neuroscience*, *7,372*.

DARWIN, C. (1891). *La descendance de l'Homme et la sélection sexuelle*. Paris (France): Reinwald & Cie.

DAWSON, G., BERNIER, R. & Ring, R. H. (2012). Social attention: a possible early indicator of efficacy in autism clinical trials. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, *4*, 1-12.

DECETY, J., JACKSON, P. L. & BRUNET, E. (2007). The cognitive neuropsychology of empathy. In T. Farrow, P. Woodruff. (Eds.), *Empathy in Mental Illness* (p. 239-260). New-York: Cambridge University Press.

DECETY, J. & MORIGUCHI, Y. (2007). The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions. *Biopsychosocial Medicine*, *1*, 22.

DEKEYSER, M., ELLIOTT, R. & LEIJSSEN, M. (2009). Empathy in psychotherapy: dia-

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

logue and embodied understanding. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 113-124). MIT Press.

DIMBERG, U., THUNBERG, M. & ELMEHED, K. (2000). Unconscious Facial Reactions to Emotional Facial Expressions. *Psychological Science*, *11*, 86-89.

DONEGAN, N. H., SANISLOW, C. A., BLUMBERG, H. P., FULBRIGHT, R. K., LACADIE, C., SKUDLARSKI, P., ... WEXLER, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, *54*, 1284-1293.

EPLEY, N., KEYSAR, B., VAN BOVEN, L. & GILOVICH, T. (2004). Perspective Taking as Egocentric Anchoring and Adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *87*, 327-339.

EPLEY, N., MOREWEDGE, C. K. & KEYSAR, B. (2004). Perspective taking in children and adults: Equivalent egocentrism but differential correction. *Journal of Experimental Social Psychology*, *40*, 760-768.

ESLINGER, P. J. (1998). Neurological and neuropsychological bases of empathy. *European Neurology*, *39(4)*, 193-199.

FAN, Y., DUNCAN, N. W., DE GRECK, M. & NORTHOFF, G. (2011). Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *35*, 903-911.

FERRARI, V., SMERALDI, E., BOTTERO, G. & POLITI, E. (2014). Addiction and empathy: a preliminary analysis. *Neurological Sciences*, *35*, 855-859.

FRITH, C. (1994). Theory of mind in schizophrenia. In A. S. David & J. C. Cutting (Eds.), *The neuropsychology of schizophrenia* (pp. 147-161). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

GALLAND-SZYMKOWIAK, M. (2012). L'Einfühlung comme symbolisme : de l'expérience esthétique à la perception d'autrui. *Philosophie*, *115*, 13-30.

GRYNBERG, D. & POLLATOS, O. (2015). Perceiving one's body shapes empathy. *Physiology & Behavior*, *140*, 54-60.

HAAS, B. W. & MILLER, J. D. (2015). Borderline Personality Traits and Brain Activity During Emotional Perspective Taking. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *6*, 315-320.

HATFIELD, E., CACIOPPO, J. T. & RAPSON, R. L. (1994). *Emotional Contagion*. Cambridge: Cambridge University Press.

HOGAN, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*, 307-316.

JOLLIFFE, D. & FARRINGTON, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, *29*, 589-611.

KRING, A. M. & BACHOROWSKI, J.-A. (1999). Emotions and Psychopathology. *Cognition and Emotion*, *13*, 575-599.

LANE, R. D., WEIHS, K. L., HERRING, A., HISHAW, A. & SMITH, R. (2015). Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *55*, 594-611.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

LARSEN, J. T., NORRIS, C. J. & CACIOPPO, J. T. (2003). Effects of positive and negative affect on electromyographic activity over zygomaticus major and corrugator supercilii. *Psychophysiology*, *40*, 776-785.

LEMOGNE, C., GORWOOD, P., BERGOUIGNAN, L., PÉLISSOLO, A., LEHÉRICY, S. & FOSSATI, P. (2011). Negative affectivity, self-referential processing and the cortical midline structures. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *6*, 426-433.

LESAGE, F.-X., BERJOT, S., ALTINTAS, E. & PATY, B. (2013). Burnout among occupational physicians: a threat to occupational health systems? – A nationwide cross-sectional survey. *The Annals of Occupational Hygiene*, *57*, 913-919.

LUNDQVIST, L.-O. & DIMBERG, U. (1995). Facial expressions are contagious. *Journal of Psychophysiology*, *9*, 203-211.

MALLE, B. F. & HODGES, S. D. (2007). *Other Minds: How Humans Bridge the Divide Between Self and Others*. New-York: Guilford Press.

MARSHALL, W. L., HUDSON, S. M., JONES, R. & FERNANDEZ, Y. M. (1995). Empathy in sex offenders. *Clinical Psychology Review*, *15*, 99-113.

MASSERMAN, J. H., WECHKIN, S. & TERRIS, W. (1964). "Altruistic" behavior in rhesus monkeys. *The American Journal of Psychiatry*, *121*, 584-585.

MAURAGE, P., GRYNBERG, D., NOËL, X., JOASSIN, F., PHILIPPOT, P., HANAK, C., … CAMPANELLA, S. (2011). Dissociation between affective and cognitive empathy in alcoholism: a specific deficit for the emotional dimension. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *35*, 1662-1668.

MEALEY, L. (1995). The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutionary model. *Behavioral and Brain Sciences*, *18* (*Special Issue 03*), 523-541.

MILLER, E. K. & COHEN, J. D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*, *24*, 167-202.

MORIGUCHI, Y. & KOMAKI, G. (2013). Neuroimaging studies of alexithymia: physical, affective, and social perspectives. *BioPsychoSocial Medicine*, *7*, 1-12.

MORRISON, I., LÖKEN, L. S., MINDE, J., WESSBERG, J., PERINI, I., NENNESMO, I. & OLAUSSON, H. (2011). Reduced C-afferent fibre density affects perceived pleasantness and empathy for touch. *Brain*, *134*, 1116-1126.

MORRIS, R., BRAMHAM, J., SMITH, E. & TCHANTURIA, K. (2014). Empathy and social functioning in anorexia nervosa before and after recovery. *Cognitive Neuropsychiatry*, *19*, 47-57.

OFIR-EYAL, S., HASSON-OHAYON, I. & KRAVETZ, S. (2014). Affective and cognitive empathy and social quality of life in schizophrenia: A comparison between a parallel process model and an integrative meditation model. *Psychiatry Research*, *220*, 51-57.

PANKSEPP, J. (2010). Affective neuroscience of the emotional BrainMind: evolutionary perspectives and implications for understanding depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *12*, 533-545.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

PANKSEPP, J. & PANKSEPP, J. B. (2013). Toward a cross-species understanding of empathy. *Trends in Neurosciences*, *36*, 489-496.

PAULHUS, D. L. & WILLIAMS, K. M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, *36*, 556-563.

PAULUS, M. P. & STEIN, M. B. (2006). An insular view of anxiety. *Biological Psychiatry*, *60*, 383-387.

PICARD, J., CATU-PINAULT, A., BOUJUT, E., BOTELLA, M., JAURY, P. & ZENASNI, F. (2015). Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. *Psychology, Health & Medicine*, 1-8.

PREMACK, D. & WOODRUFF, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, *1*, 515-526.

PRESTON, S. D. & DE WAAL, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *The Behavioral and Brain Sciences*, *25*, 1-20 ; discussion 20-71.

RIZZOLATTI, G. & CRAIGHERO, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, *27*, 169-192.

RIZZOLATTI, G., FOGASSI, L. & GALLESE, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews. Neuroscience*, *2*, 661-670.

ROGERS, C. R. (1951). *Client-centred therapy* (Constable). London (UK).

ROGERS, C. R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, *5*, 2-10.

SHAMAY-TSOORY, S. G. (2014). Dynamic functional integration of distinct neural empathy systems. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *9*, 1-2.

SHAMAY-TSOORY, S. G. & AHARON-PERETZ, J. (2007). Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: A lesion study. *Neuropsychologia*, *45*, 3054-3067.

SINGER, T., CRITCHLEY, H. D. & PREUSCHOFF, K. (2009). A common role of insula in feelings, empathy and uncertainty. *Trends in Cognitive Sciences*, *13*, 334-340.

SPRENGELMEYER, R., STEELE, J. D., MWANGI, B., KUMAR, P., CHRISTMAS, D., MILDERS, M. & MATTHEWS, K. (2011). The insular cortex and the neuroanatomy of major depression. *Journal of Affective Disorders*, *133*, 120-127.

SURTEES, A. D. R. & APPERLY, I. A. (2012). Egocentrism and Automatic Perspective Taking in Children and Adults. *Child Development*, *83*, 452-460.

TCHALOVA, K. & EISENBERGER, N. I. (2015). How the Brain Feels the Hurt of Heartbreak: Examining the Neurobiological Overlap Between Social and Physical Pain. In A. W. Toga (Ed.), *Brain Mapping* (pp. 15-20). Waltham: Academic Press.

THOMA, P., ZALEWSKI, I., VON REVENTLOW, H. G., NORRA, C., JUCKEL, G. & DAUM, I. (2011). Cognitive and affective empathy in depression linked to executive

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

control. *Psychiatry Research*, *189*, 373-378.

VAN BAAREN, R. B., HOLLAND, R. W., KAWAKAMI, K. & VAN KNIPPENBERG, A. (2004). Mimicry and Prosocial Behavior. *Psychological Science*, *15*, 71-74.

VAN DER GRAAFF, J., MEEUS, W., DE WIED, M., VAN BOXTEL, A., VAN LIER, P. A., KOOT, H. M. & BRANJE, S. (à paraître). Motor, affective and cognitive empathy in adolescence: Interrelations between facial electromyography and self-reported trait and state measures. *Cognition & Emotion*, *11,* 1-17.

VÖLLM, B. A., TAYLOR, A. N. W., RICHARDSON, P., CORCORAN, R., STIRLING, J., MCKIE, S., … ELLIOTT, R. (2006). Neuronal correlates of theory of mind and empathy: a functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *NeuroImage*, *29*, 90-98.

WEGNER, D. M., SCHNEIDER, D. J., CARTER, S. R. & WHITE, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 5-13.

WIEHE, V. R. (2003). Empathy and narcissism in a sample of child abuse perpetrators and a comparison sample of foster parents. *Child Abuse & Neglect*, *27*, 541-555.

ZELAZO, P. D. (2015). Executive function: Reflection, iterative reprocessing, complexity, and the developing brain. *Developmental Review, 38,* 55-68.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

Conclusion

Jean-Louis Monestès, Céline Baeyens

Le but de cet ouvrage a été de mettre en avant ce qui est commun entre les troubles psychologiques, pour les aborder d'une façon plus apte à en découvrir l'étiologie, les facteurs de maintien, et à améliorer leur prise en charge. Au travers des différents chapitres, l'étude des processus psychologiques a permis de dégager une vision d'ensemble de ce champ de recherche, que ce soit par les apports épistémologiques quant à la place de l'approche transdiagnostique dans la compréhension des troubles psychologiques, ou par la mise en évidence de l'importante quantité de données rassemblées à propos des processus centraux impliqués dans ces troubles.

L'approche transdiagnostique, bien que minoritaire, creuse tranquillement son sillon, en proposant une alternative viable répondant au défi de la compréhension des mécanismes impliqués dans les troubles psychologiques. Si le débat structure/fonction, entre une description des manifestations des troubles et une recherche des processus impliqués, risque de continuer pendant encore pas mal de temps, les apports des différents auteurs de cet ouvrage démontrent la richesse de ce champ de recherche et l'importance

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

de ses avancées. L'étude des processus présentés dans ce volume, si elle ne domine pas encore l'approche des troubles psychologiques, ne peut être ignorée, que ce soit dans la conception des troubles et de leur étiologie, ou pour leur prise en charge.

Quels changements peuvent apporter ces connaissances dans la pratique clinique ? On l'a vu, des propositions thérapeutiques de plus en plus nombreuses apparaissent. Le format de ces interventions peut varier considérablement. À un extrême du continuum, certaines des propositions prennent la forme de manuels de prise en charge (e.g., Barlow *et al.*, 2011 pour un protocole centré sur l'évitement ; Egan, Wade, Shafran & Antony, 2014 pour un protocole centré sur le perfectionnisme). À l'autre extrême de ce continuum, certaines propositions reposent sur l'application d'interventions spécifiques (par exemple des procédures de modification des biais attentionnels via des programmes informatisés). Bien que l'ensemble de ces interventions varie en termes de validation de leur efficacité – et un effort soutenu est alloué à établir leur efficacité – toutes ces interventions reposent sur des données empiriques concernant l'importance des processus visés.

Le clinicien peut cependant se trouver un peu déstabilisé face aux opportunités qui s'offrent à lui et à la manière de les intégrer dans sa pratique pour un patient particulier. Cette situation reflète l'importance de la conceptualisation de cas, essentielle à la pratique thérapeutique et au choix d'une intervention particulière. L'approche processuelle servira de base à cette conceptualisation, en tentant d'établir quels sont les processus en jeu pour les problèmes présentés par un patient donné et quelles sont les interventions existantes permettant de viser ces processus. La conceptualisation de cas processuelle permet par exemple d'envisager des prises en charge modulaires, c'est-à-dire reposant sur des modules d'interventions en fonction des processus etiopathogéniques identifiés, ou encore des prises en charges plus globales visant à modifier la fonction

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

générale des comportements en lien avec les événements psychologiques. Le choix des interventions dépendrait également de leur facilité de mise en oeuvre clinique, de l'expertise du clinicien et des préférences du patient (Philippot, Bouvard, Baeyens & Dethier, 2015).

La force de l'approche transdiagnostique processuelle réside également dans les interactions thérapeutiques qu'elle permet avec les patients. En effet, si l'annonce d'un diagnostic de trouble psychologique peut être utile à certains patients car elle permet de mettre un nom sur leurs difficultés, elle ne dit rien de la démarche thérapeutique et des changements que peut réaliser le patient pour aller mieux. Dans une approche transdiagnostique, les processus qui posent problème au patient peuvent être discutés avec lui, dans un mouvement fonctionnel et collaboratif, qui lui permet d'envisager concrètement les changements qu'il peut apporter pour avancer vers un mieux-être. Savoir que l'on a tendance à focaliser son attention sur les visages menaçants, que l'on a des difficultés à prendre en compte le point de vue de l'autre, à considérer comme vraies toutes ses pensées, à ruminer sur tel thème, à rechercher la perfection, etc. permet d'envisager concrètement ce qui doit être modifié afin d'aller mieux. Le patient se trouve alors dans un rapport collaboratif avec le thérapeute, déterminant pour son évolution.

Pour toutes ces raisons, l'approche transdiagnostique processuelle mérite d'être davantage diffusée et intégrée dans la pratique quotidienne des cliniciens. Nous espérons que cet ouvrage aura permis au lecteur d'inclure dans son abord des troubles psychologiques une investigation de ces processus dans l'appréhension des difficultés rencontrées par les patients.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BARLOW, D.H., FARCHIONE T.J., FAIRHOLME C.P., ELLARD K.K., BOISSEAU C.L., ALLEN L.B., *et al.* (2011). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

EGAN, S. J, WADE, T.D., SHAFRAN, R. & ANTONY, M.M. (2014). *Cognitive-Behavioral Treatment of Perfectionism*. New York: The Guilford Press.

PHILIPPOT, P., BOUVARD, M., BAEYENS, C. & DETHIER, V. (2015). Vers un protocole de traitement processuel et modulaire des troubles anxio-dépressifs. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 25*, 106-116.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Reims Champagne-Ardennes - - 194.57.104.102 - 14/01/2020 17:24 - © Dunod